

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2             | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3             | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4     | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--|
|      | 02.39.1                       | PUNTURIA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE  | 187.50   |             | 14              | Neurochirurgia       |                 |                                  |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 02391.001                 | PUNTURIA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE  |  |
|      | 02.93.1                       | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICONON associabile a visita neurologica di controllo 89.01.C  | 23.00    |             | 15              | Neurologia           |                 |                                  |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 02931.001                 | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICONON associabile a visita neurologica di controllo 89.01.C  |  |
| H    | 02.95                         | RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO  | 38.80    |             | 15              | Neurologia           |                 |                                  |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 02950.001                 | RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO  |  |
| H    | 03.31                         | RACHICENTESI  | 187.50   |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03310.001                 | RACHICENTESI  |  |
| H    | 03.8                          | INIEZIONE DI FARMACI CITOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antiblastici. Incluso farmaco  | 52.40    |             | 15              | Neurologia           | 18              | Oncologia                        |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03800.001                 | INIEZIONE DI FARMACI CITOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antiblastici. Incluso farmaco  | la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali |
| H    | 03.91.1                       | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE (Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo) Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco. Non associabile a 03.91.2, 03.99.1, 86.06, 86.07 | 157.95   |             | 01              | Anestesia/Analgesia  |                 |                                  |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03911.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE (Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo) Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco. Non associabile a 03.91.2, 03.99.1, 86.06, 86.07 |  |
| H    | 03.91.2                       | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE (RIFORNIMENTO). Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco   | 105.00   |             | 01              | Anestesia/Analgesia  |                 |                                  |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03912.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE (RIFORNIMENTO). Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco   |  |
| H    | 03.92                         | INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale (endorachide). Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8). Incluso farmaco   | 103.25   |             | 14              | Neurochirurgia       | 01              | Anestesia/Analgesia              |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03920.001                 | INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale (endorachide). Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8). Incluso farmaco   | la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali |
|      | 03.93.1                       | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE  | 23.00    |             | 15              | Neurologia           | 01              | Anestesia/Analgesia              | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                          |                 |                      | 03931.001                 | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE  |  |
| H    | 03.96.1                       | BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI  | 103.25   |             | 15              | Neurologia           | 12              | Medicina fisica e riabilitazione | 01              | Anestesia/Analgesia              | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      | 03961.001                 | BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI  |  |
| H    | 03.96.2                       | BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento   | 103.25   |             | 15              | Neurologia           | 12              | Medicina fisica e riabilitazione | 01              | Anestesia/Analgesia              | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      | 03962.001                 | BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento   |  |
| H    | 03.99.1                       | INIEZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   | 998.25   |             | 14              | Neurochirurgia       | 01              | Anestesia/Analgesia              |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 03991.001                 | INIEZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   |  |
| H    | 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)  | 57.95    |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   | 19              | Ortopedia                        |                 |                          |                 |                      | 04071.001                 | 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)  |  |
| H    | 04.11.1                       | BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI   | 51.60    |             | 14              | Neurochirurgia       | 08              | Diagnostica per immagini         |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04111.001                 | BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI   |  |
| H    | 04.12                         | BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI   | 57.95    |             | 14              | Neurochirurgia       | 08              | Diagnostica per immagini         |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04120.001                 | BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI   |  |
| H    | 04.43                         | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 654.00   |             | 14              | Neurochirurgia       | 19              | Ortopedia                        |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04430.001                 | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE POLSO DX. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |  |
| H    | 04.43                         | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 654.00   |             | 14              | Neurochirurgia       | 19              | Ortopedia                        |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04430.002                 | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE POLSO SX. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |  |
| H    | 04.44                         | LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 738.10   |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   | 19              | Ortopedia                        |                 |                          |                 |                      | 04440.001                 | LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE PIEDE DX. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |  |
| H    | 04.44                         | LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 738.10   |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   | 19              | Ortopedia                        |                 |                          |                 |                      | 04440.002                 | LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE PIEDE SX. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |  |
| H    | 04.49                         | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE. DI SCATICO POPULITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERSONALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.245.00 |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04490.001                 | LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE. DI SCATICO POPULITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERSONALE. Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |  |
| H    | 04.81.1                       | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica   | 51.65    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04811.001                 | BLOCCO ANESTETICO PER ANALGESIA DEL GANGLIO DI GASSER   |  |
| H    | 04.81.1                       | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica   | 51.65    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04811.002                 | BLOCCO ANESTETICO PER ANALGESIA DELLE FACCETTE ARTICOLARI   |  |
| H    | 04.81.1                       | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica   | 51.65    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04811.003                 | BLOCCO ANESTETICO PER ANALGESIA DI NERVO PERIFERICO   |  |
| H    | 04.81.2                       | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose. Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento   | 15.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                          |                 |                      | 04812.001                 | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose. Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento   |  |
| H    | 04.93                         | RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI  | 57.95    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 04930.001                 | RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.001                 | BLOCCO ANEST PER ANALGESIA DEL SIMPATICO ARTO INF DX  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.002                 | BLOCCO ANEST PER ANALGESIA DEL SIMPATICO ARTO INF SX  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.003                 | BLOCCO ANEST PER ANALGESIA DEL SIMPATICO ARTO SUP DX  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.004                 | BLOCCO ANEST PER ANALGESIA DEL SIMPATICO ARTO SUP SX  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.005                 | INIEZ ANEST NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA BLOCCO REGION   |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.006                 | BLOCCO GANGLIO CELIACO  |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.007                 | BLOCCO GANGLIO STELLATO   |  |
| H    | 05.31                         | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore. Blocco del Ganglio celiaco. Blocco del Ganglio stellato. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco  | 77.45    |             | 01              | Anestesia/Analgesia  | 15              | Neurologia                       | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                          |                 |                      | 05310.008                 | BLOCCO SIMPATICO LOMBARO  |  |
| H    | 05.32                         | INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco  | 129.50   |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia                   |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 05320.001                 | INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco  |  |
| H    | 06.01                         | AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA  | 70.00    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini         | 09              | Endocrinologia                   |                 |                          |                 |                      | 06010.001                 | AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA  |  |
| H    | 06.01.1                       | AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA   | 56.00    |             | 03              | Chirurgia generale   | 09              | Endocrinologia                   |                 |                                  |                 |                          |                 |                      | 06011.001                 | AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA   |  |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3     | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--|
|      | 06.11.2                       | BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE   | 72,70    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia           |                 |                      |                 |                      | 06112.001                 | BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE  |  |
|      | 06.98.1                       | ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI  | 72,70    |             | 03              | Chirurgia generale   | 09              | Endocrinologia           | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      | 06981.001                 | ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI   |  |
|      | 08.01                         | INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di accesso palpebrale   | 15,50    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08010.001                 | INCISIONE DELLA PALPEBRA DX   |  |
|      | 08.01                         | INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di accesso palpebrale   | 15,50    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08010.002                 | INCISIONE DELLA PALPEBRA SX   |  |
|      | 08.02                         | APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia   | 16,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08020.001                 | APERTURA DI BLEFARORRAFIA DX  |  |
|      | 08.02                         | APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia   | 16,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08020.002                 | APERTURA DI BLEFARORRAFIA DX  |  |
|      | 08.11                         | BIOPSIA DELLA PALPEBRA   | 17,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08110.001                 | BIOPSIA DELLA PALPEBRA OCCHIO DX  |  |
|      | 08.11                         | BIOPSIA DELLA PALPEBRA   | 17,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08110.002                 | BIOPSIA DELLA PALPEBRA OCCHIO SX  |  |
|      | 08.21                         | ASPORTAZIONE DI CALAZIO  | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08210.001                 | ASPORTAZIONE DI CALAZIO OCCHIO DX   |  |
|      | 08.21                         | ASPORTAZIONE DI CALAZIO  | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08210.002                 | ASPORTAZIONE DI CALAZIO OCCHIO SX   |  |
|      | 08.22                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali                  | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08220.001                 | ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA DX  |  |
|      | 08.22                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali                  | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08220.002                 | ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA SX  |  |
|      | 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                              | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08230.001                 | ASPORT LESIONE MAGG DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX   |  |
|      | 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                              | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08230.002                 | ASPORT LESIONE MAGG DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX   |  |
|      | 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                              | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08230.003                 | KANTELASMA OCCHIO DX: ASPORTAZIONE CHIRURGICA   |  |
|      | 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                              | 32,15    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08230.004                 | KANTELASMA OCCHIO SX: ASPORTAZIONE CHIRURGICA   |  |
|      | 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               | 53,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08240.001                 | ASPORT LESIONE MAGG PALPEBRA A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX   |  |
|      | 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               | 53,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08240.002                 | ASPORT LESIONE MAGG PALPEBRA A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX   |  |
|      | 08.25                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi  | 38,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08250.001                 | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.25                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi  | 38,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08250.002                 | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO SX   |  |
|      | 08.25                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi  | 38,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08250.003                 | INTERVENTO PER BLEFAROCALASI PALPEBRA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.25                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi  | 38,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08250.004                 | INTERVENTO PER BLEFAROCALASI PALPEBRA OCCHIO SX   |  |
|      | 08.38                         | CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA  | 1.002,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08380.001                 | CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA   |  |
|      | 08.42                         | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA   | 47,05    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08420.001                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA SUTURA OCCHIO DX  |  |
|      | 08.42                         | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA   | 47,05    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08420.002                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA SUTURA OCCHIO SX  |  |
|      | 08.43                         | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME  | 80,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08430.001                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION RESEZIONE CUNEIFORME OCCHIO DX  |  |
|      | 08.43                         | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME  | 80,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08430.002                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION RESEZIONE CUNEIFORME OCCHIO SX  |  |
|      | H 08.44                       | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo  | 183,70   |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08440.001                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO DX  |  |
|      | H 08.44                       | RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo  | 183,70   |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08440.002                 | RIPAR ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO SX  |  |
|      | 08.51                         | CANTOTOMIA   | 13,50    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08510.001                 | CANTOTOMIA  |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.001                 | BLEFARORRAFIA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.002                 | BLEFARORRAFIA OCCHIO SX   |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.003                 | CANTORRAFIA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.004                 | CANTORRAFIA OCCHIO SX   |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.005                 | TARSORRAFIA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.52                         | BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia  | 48,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08520.006                 | TARSORRAFIA OCCHIO SX   |  |
|      | H 08.6                        | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72) | 360,95   |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08600.001                 | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO DX CON LEMBO O INNESTO  |  |
|      | H 08.6                        | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72) | 360,95   |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08600.002                 | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO SX CON LEMBO O INNESTO  |  |
|      | H 08.72                       | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)  | 1.002,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08720.001                 | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) |  |
|      | H 08.74                       | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)      | 1.002,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08740.001                 | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)     |  |
|      | 08.81                         | RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA   | 37,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08810.001                 | RIPAR LINEARE LACERAZIONE PALPEBRA E SOPRACCIGLIA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.81                         | RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA   | 37,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08810.002                 | RIPAR LINEARE LACERAZIONE PALPEBRA E SOPRACCIGLIA OCCHIO SX   |  |
|      | 08.82                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE   | 35,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08820.001                 | RIPAR LACERAZIONE MARGINE PALPEBRALE NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX   |  |
|      | 08.82                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE   | 35,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08820.002                 | RIPAR LACERAZIONE MARGINE PALPEBRALE NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX   |  |
|      | 08.84                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE   | 81,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08840.001                 | RIPAR DI LACERAZIONE MARGINE PALPEBRALE A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX  |  |
|      | 08.84                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE   | 81,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08840.002                 | RIPAR DI LACERAZIONE MARGINE PALPEBRALE A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX  |  |
|      | 08.92                         | DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA  | 26,75    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08920.001                 | DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA OCCHIO DX   |  |
|      | 08.92                         | DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA  | 26,75    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08920.002                 | DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA OCCHIO SX   |  |
|      | 09.0                          | INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIUCULARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco  | 15,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 08920.001                 | INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIUCULARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco   | la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali |
|      | 09.0                          | INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)  | 38,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09000.001                 | INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX   |  |
|      | 09.0                          | INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)  | 38,35    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09000.002                 | INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX   |  |
|      | 09.11                         | BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE  | 72,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09110.001                 | BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX   |  |
|      | 09.11                         | BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE  | 72,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09110.002                 | BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX   |  |
|      | 09.12                         | BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE  | 41,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09120.001                 | BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO DX   |  |
|      | 09.12                         | BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE  | 41,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09120.002                 | BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO SX   |  |
|      | 09.19                         | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale                    | 40,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09190.001                 | ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE  |  |
|      | 09.19                         | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale                    | 40,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09190.002                 | BREAK-UP TIME   |  |
|      | 09.19                         | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale                    | 40,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09190.003                 | COLORAZIONE ROSA BENGALA  |  |
|      | 09.19                         | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale                    | 40,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 09190.004                 | ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DELLE VIE LACRIMALI  |  |

## ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 09.19                         | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE (test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti). Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale                            | 40,90    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09190.005                 | TEST DI SCHIRMER   |                          |
| H    | 09.21                         | ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.21)  | 72,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09210.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX  |                          |
| H    | 09.21                         | ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.21)  | 72,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09210.002                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX  |                          |
|      | 09.42                         | SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)   | 16,45    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09420.001                 | SPECILLI CANALICOLI LACRIMALI INCL. RIMOZIONE CALCOLO OCCHIO DX  |                          |
|      | 09.42                         | SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)   | 16,45    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09420.002                 | SPECILLI CANALICOLI LACRIMALI INCL. RIMOZIONE CALCOLO OCCHIO SX  |                          |
| H    | 09.43                         | ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione   | 67,85    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09430.001                 | ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione   |                          |
|      | 09.44                         | INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino  | 1.032,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09440.001                 | INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino  |                          |
|      | 09.51                         | PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE   | 38,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09510.001                 | INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE / STRICTURO TOMIA OCCHIO DX  |                          |
|      | 09.51                         | PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE   | 38,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09510.002                 | INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE / STRICTURO TOMIA OCCHIO SX  |                          |
|      | 09.53                         | INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE  | 38,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09530.001                 | INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO DX  |                          |
|      | 09.53                         | INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE  | 38,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09530.002                 | INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO SX  |                          |
| H    | 09.73                         | PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI  | 228,65   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09730.001                 | PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI OCCHIO DX  |                          |
| H    | 09.73                         | PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI  | 228,65   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09730.002                 | PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI OCCHIO SX  |                          |
|      | 09.91                         | INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: obliterazione del punto lacrimale | 206,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 09910.001                 | INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: obliterazione del punto lacrimale |                          |
|      | 10.0                          | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE  | 516,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10000.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE  |                          |
|      | 10.21                         | BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA  | 31,25    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10210.001                 | BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX  |                          |
|      | 10.21                         | BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA  | 31,25    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10210.002                 | BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX  |                          |
|      | 10.31                         | ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)  | 31,25    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10310.001                 | ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)  |                          |
|      | 10.31                         | ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)  | 31,25    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10310.002                 | ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)  |                          |
|      | 10.4                          | CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO   | 109,05   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10400.001                 | CONGIUNTIVOPLASTICA OCCHIO DX  |                          |
|      | 10.4                          | CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO   | 109,05   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10400.002                 | CONGIUNTIVOPLASTICA OCCHIO SX  |                          |
|      | 10.6                          | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA   | 56,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10600.001                 | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX   |                          |
|      | 10.6                          | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA   | 56,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10600.002                 | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX   |                          |
|      | 10.91                         | INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco  | 11,40    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10910.001                 | INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE OCCHIO DX   |                          |
|      | 10.91                         | INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco  | 11,40    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 10910.002                 | INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE OCCHIO SX   |                          |
|      | 11.21                         | CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA  | 78,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11210.001                 | CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA  |                          |
| H    | 11.22                         | BIOPSIA DELLA CORNEA   | 206,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11220.001                 | BIOPSIA DELLA CORNEA   |                          |
|      | 11.31                         | ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM   | 71,10    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11310.001                 | ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM OCCHIO DX   |                          |
|      | 11.31                         | ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM   | 71,10    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11310.002                 | ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM OCCHIO SX   |                          |
|      | 11.43                         | CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA  | 32,10    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11430.001                 | CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA OCCHIO DX  |                          |
|      | 11.43                         | CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA  | 32,10    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11430.002                 | CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA OCCHIO SX  |                          |
| H    | 11.53.1                       | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE   | 433,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11531.001                 | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE   |                          |
| H    | 11.75.1                       | CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI  | 354,65   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11751.001                 | CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI OCCHIO DX  |                          |
| H    | 11.75.1                       | CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI  | 354,65   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11751.002                 | CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI OCCHIO SX  |                          |
|      | 11.99.2                       | CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a ecimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D  | 123,00   | 1           | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11992.001                 | CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a ecimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D  |                          |
|      | 11.99.3                       | CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a ecimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D   | 89,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11993.001                 | CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI OCCHIO DX   |                          |
|      | 11.99.3                       | CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a ecimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D   | 89,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11993.002                 | CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI OCCHIO SX   |                          |
|      | 11.99.5                       | IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE (Cross linking corneal). Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi   | 1.343,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11995.001                 | IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE (Cross linking corneal). Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi   |                          |
|      | 11.99.6                       | ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica   | 40,00    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 11996.001                 | ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica   |                          |
| H    | 12.14                         | IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)   | 111,35   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12140.001                 | IRIDECTOMIA CHIRURGICA OCCHIO DX Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)   |                          |
| H    | 12.14                         | IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)   | 111,35   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12140.002                 | IRIDECTOMIA CHIRURGICA OCCHIO SX Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)   |                          |
| H    | 12.22                         | BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE  | 111,35   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12220.001                 | BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE  |                          |
|      | 12.22.1                       | AGOBIOPSIA IRIDE   | 111,35   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12221.001                 | AGOBIOPSIA IRIDE   |                          |
|      | 12.31                         | LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG LASER   | 1.032,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12310.001                 | LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER   |                          |
| H    | 12.35.1                       | IRIDOPLASTICA/CORNEOPLASTICA   | 69,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12351.001                 | IRIDOPLASTICA/CORNEOPLASTICA   |                          |
|      | 12.41                         | IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)  | 69,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12410.001                 | DEMOLIZIONE LESIONE IRIDE CON CAUTERIZZ/CRIO/TE/POCCOAG OCCHIO DX  |                          |
|      | 12.41                         | IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)  | 69,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12410.002                 | DEMOLIZIONE LESIONE IRIDE CON CAUTERIZZ/CRIO/TE/POCCOAG OCCHIO SX  |                          |
|      | 12.41                         | IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)  | 69,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12410.003                 | TRATTAMENTO LASER CISTI IRIDEE   |                          |
| H    | 12.59                         | TRABECULOPLASTICA Mediante laser   | 69,60    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12590.001                 | TRABECULOPLASTICA Mediante laser   |                          |
|      | 12.66                         | REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA   | 463,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12660.001                 | REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA   |                          |
|      | 12.72                         | CICLOCRIOterapia   | 109,05   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12720.001                 | CICLOCRIOterapia   |                          |
|      | 12.73                         | CICLOFOTOCOAGULAZIONE  | 108,45   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12730.001                 | CICLOFOTOCOAGULAZIONE  |                          |
| H    | 12.82                         | RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA  | 426,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12820.001                 | RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA  |                          |
| H    | 12.84                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA   | 1.032,00 |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12840.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA   |                          |
|      | 12.91                         | SVIOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE   | 33,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12910.001                 | SVIOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE OCCHIO DX   |                          |
|      | 12.91                         | SVIOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE   | 33,20    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12910.002                 | SVIOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE OCCHIO SX   |                          |
|      | 12.92                         | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco   | 516,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12920.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco   |                          |
| H    | 12.92.1                       | INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco   | 420,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 12921.001                 | INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco   |                          |
| H    | 13.41                         | INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria  | 750,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13410.001                 | INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria  |                          |
|      | 13.64                         | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA  | 94,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13640.001                 | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA  |                          |
|      | 13.64                         | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA  | 94,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13640.002                 | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA OCCHIO SX  |                          |
|      | 13.64                         | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA  | 94,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13640.003                 | VITREOLISI YAG-LASER OCCHIO DX   |                          |
|      | 13.64                         | CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA  | 94,80    |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13640.004                 | VITREOLISI YAG-LASER OCCHIO SX   |                          |
|      | 13.70.1                       | INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fechico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino   | 771,05   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13701.001                 | INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fechico) OCCHIO DX. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino                               |                          |
|      | 13.70.1                       | INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fechico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino   | 771,05   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13701.002                 | INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fechico) OCCHIO SX. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino                               |                          |
| H    | 13.71                         | INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti   | 898,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13710.001                 | INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti   |                          |
| H    | 13.72                         | IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria   | 723,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13720.001                 | IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE OCCHIO DX. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria   |                          |
| H    | 13.72                         | IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria   | 723,00   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13720.002                 | IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE OCCHIO SX. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria   |                          |
| H    | 13.8                          | RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO  | 550,60   |             | 16              | Oculistica           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 13800.001                 | RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO  |                          |
|      | 14.22                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE COR   |          |             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                           |  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--|
|      | 14.22                         | DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA  | 64.70    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 1420.002                  | DEMOLIZIONE LESIONE CORIORETINICA OCCHIO SX MEDIANTE CRIOTE   |  |
|      | 14.24                         | FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Fino a 4 sedute  | 516.00   |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 1420.001                  | FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Fino a 4 sedute   |  |
| RH   | 14.24.1                       | TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco  | 1516.00  |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14241.001                 | TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco         | la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali |
|      | 14.24.2                       | TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE  | 115.00   |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14242.001                 | TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE   |  |
|      | 14.24.3                       | DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE   | 61.00    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14243.001                 | DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE  |  |
|      | 14.29.1                       | TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI   | 1.400.00 |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14291.001                 | TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI  |  |
|      | 14.32                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA   | 70.20    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14320.001                 | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTE OCCHIO DX   |  |
|      | 14.32                         | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA   | 70.20    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14320.002                 | RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTE OCCHIO SX   |  |
|      | 14.34                         | FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA  | 56.80    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14340.001                 | FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA OCCHIO DX   |  |
|      | 14.34                         | FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA  | 56.80    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14340.002                 | FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA OCCHIO SX   |  |
|      | 14.59.1                       | PNEUMORETINOPESSIA   | 28.00    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14591.001                 | PNEUMORETINOPESSIA  |  |
|      | 14.75                         | INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti) ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post intervento. Include le sostanze  | 516.00   |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14750.001                 | INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti) ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post intervento. Include le sostanze |  |
|      | 14.79                         | INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Incluso farmaco. Il costo del farmaco viene rilevato in file F.  | 115.00   |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 14790.001                 | INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Incluso farmaco   |  |
|      | 16.22                         | AGOBIOPSIA ORBITARIA   | 47.05    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 16220.001                 | AGOBIOPSIA ORBITARIA OCCHIO DX  |  |
|      | 16.22                         | AGOBIOPSIA ORBITARIA   | 47.05    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 16220.002                 | AGOBIOPSIA ORBITARIA OCCHIO SX  |  |
|      | 16.71                         | RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARI (a scopo igienico)  | 2.55     |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 16710.001                 | RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARI (a scopo igienico)   |  |
| H    | 16.91                         | INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: iniezione di sostanza per contrasto radiografico, iniezione oftalmica. Incluso farmaco  | 36.15    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 16910.001                 | INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE OCCHIO DX   |  |
| H    | 16.91                         | INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: iniezione di sostanza per contrasto radiografico, iniezione oftalmica. Incluso farmaco  | 36.15    |             | 16              | Ocullistica          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 16910.002                 | INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE OCCHIO SX   |  |
|      | 18.02                         | INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)   | 13.45    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18020.001                 | INCISIONE CANALE UDITIVO EST E PADIGLIONE AURIC OCCHIO DX   |  |
|      | 18.02                         | INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)   | 13.45    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18020.002                 | INCISIONE CANALE UDITIVO EST E PADIGLIONE AURIC OCCHIO SX   |  |
|      | 18.12                         | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO  | 16.15    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18120.001                 | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO DX  |  |
|      | 18.12                         | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO  | 16.15    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18120.002                 | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO SX  |  |
|      | 18.21                         | ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)   | 215.00   |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18210.001                 | ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)                                  |  |
|      | 18.29                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Crio-chirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21 | 15.75    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18290.001                 | ASPORTAZIONE / DEMOLIZIONE LESIONE ORECCHIO ESTERNO DX  |  |
|      | 18.29                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Crio-chirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21 | 15.75    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18290.002                 | PLASTICA DI COLOBOMA DEL LOBO ORECCHIO DX   |  |
|      | 18.29                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Crio-chirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21 | 15.75    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18290.003                 | ASPORTAZIONE / DEMOLIZIONE LESIONE ORECCHIO ESTERNO SX  |  |
|      | 18.29                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Crio-chirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21 | 15.75    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18290.004                 | PLASTICA DI COLOBOMA DEL LOBO ORECCHIO SX   |  |
|      | 18.31.1                       | ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO   | 241.00   |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 18311.001                 | ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO  |  |
|      | 19.4                          | RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA   | 29.90    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 19400.001                 | RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA  |  |
|      | 20.01                         | MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO (MIRINGOTOMIA). Incluso: anestesia e drenaggio   | 23.00    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20010.001                 | MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO (MIRINGOTOMIA). Incluso: anestesia e drenaggio  |  |
|      | 20.09.1                       | MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO  | 21.50    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20091.001                 | MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO   |  |
|      | 20.31                         | ELETTROCOLOGRAFIA  | 54.20    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20310.001                 | ELETTROCOLOGRAFIA   |  |
|      | 20.32.1                       | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO  | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20321.001                 | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO DX  |  |
|      | 20.32.1                       | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO  | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20321.002                 | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO SX  |  |
|      | 20.39.1                       | EMISSIONI OTOCUSTICHE  | 9.05     |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20391.001                 | EMISSIONI OTOCUSTICHE   |  |
|      | 20.8                          | INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Catterismo, insufflazione (acido bórico, acido salicilico), intubazione, Polterizzazione   | 14.25    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20800.001                 | INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO ORECCHIO DX  |  |
|      | 20.8                          | INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Catterismo, insufflazione (acido bórico, acido salicilico), intubazione, Polterizzazione   | 14.25    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20800.002                 | INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO ORECCHIO SX  |  |
|      | 20.94                         | INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco   | 22.00    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 20940.001                 | INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco  |  |
|      | 21.01                         | CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE  | 14.00    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21010.001                 | CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE   |  |
| H    | 21.02                         | CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE   | 26.80    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21020.001                 | CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE  |  |
|      | 21.03                         | CONTROLLI DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa  | 18.60    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21030.001                 | CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa   |  |
|      | 21.22                         | BIOPSIA DEL NASO   | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21220.001                 | BIOPSIA DEL NASO  |  |
|      | 21.31                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE   | 25.55    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21310.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE  |  |
| H    | 21.69.1                       | TURBINOMIPLASTICA (Turbinectomia, Trattura turbinati), decongestione chirurgica dei turbinati  | 400.00   |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21691.001                 | TURBINOMIPLASTICA (Turbinectomia, Trattura turbinati), decongestione chirurgica dei turbinati   |  |
|      | 21.71                         | RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione   | 25.15    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21710.001                 | RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione  |  |
| HR   | 21.88                         | SETTOPLASTICA  | 400.00   |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21880.001                 | SETTOPLASTICA   |  |
|      | 21.91                         | LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinectia nasale   | 25.55    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21910.001                 | CAUSTICAZIONE DEI TURBINATI   |  |
|      | 21.91                         | LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinectia nasale   | 25.55    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 21910.002                 | LISI DI ADERENZE DEL NASO   |  |
|      | 22.01                         | PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diametrica. Non associabile a 22.02   | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22010.001                 | PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diametrica. Non associabile a 22.02  |  |
|      | 22.02                         | ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)  | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22020.001                 | ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)   |  |
|      | 22.11                         | BIOPSIA DEI SENI NASALI  | 25.85    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22110.001                 | BIOPSIA DEI SENI NASALI   |  |
| H    | 22.19.1                       | ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione  | 19.00    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22191.001                 | ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione   |  |
|      | 22.19.2                       | MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI  | 22.00    |             | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22192.001                 | MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI   |  |
|      | 22.71.1                       | CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA  | 64.00    | 2           | 17              | Odontostomatologia   | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22711.001                 | CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA   |  |
|      | 22.71.2                       | CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA   | 64.00    | 2           | 17              | Odontostomatologia   | 21              | Otorinolaringoiatria |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 22712.001                 | CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA  |  |
|      | 23.01                         | ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia   | 12.15    | 3           | 17              | Odontostomatologia   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23010.001                 | ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia  |  |
|      | 23.09                         | ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICE. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia  | 17.85    | 3           | 17              | Odontostomatologia   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23090.001                 | ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICE. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia                   |  |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1    | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2      | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 23.19                         | ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia   | 33.05   | 3           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23190.001                 | ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE RITENUTO  |                          |
|      | 23.19                         | ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia   | 33.05   | 3           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23190.002                 | ESTRAZIONE CHIRURGICA COMPLESSA DI DENTE O DI SUA PARTE   |                          |
|      | 23.19                         | ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia   | 33.05   | 3           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23190.003                 | RIZECTOMIA (COMP LEMBO DI ACCESSO) ESCLUSO TRATTAMENTO  |                          |
|      | 23.20.1                       | RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa   | 20.80   | 4           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23201.001                 | RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa   |                          |
|      | 23.20.2                       | RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa   | 38.35   | 4           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23202.001                 | CURA E OTTURAZIONE DI CARIE NON PENETRANTE (IN COMPOSITO)   |                          |
|      | 23.20.2                       | RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa   | 38.35   | 4           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23202.002                 | RESTAURO CORONALE DI ELEMENTI TRATTATI ENDOODONTICAMENTE  |                          |
|      | 23.20.3                       | RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: gemo endocanalar   | 64.00   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23203.001                 | RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: gemo endocanalar   |                          |
|      | 23.3                          | RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (arcata)   | 34.85   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23300.001                 | RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (arcata)   |                          |
|      | 23.41.1                       | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte  | 31.65   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23411.001                 | PROTESI FISSA: CORONA FUSA FACETTATA LEGA AUREA CON RESINA  |                          |
|      | 23.41.1                       | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte  | 31.65   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23411.002                 | PROTESI FISSA: INLAY, ONLAY (IN LEGA AUREA)   |                          |
|      | 23.41.3                       | APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO IN TERAPIA PROTESICA  | 57.35   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23413.001                 | APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO IN TERAPIA PROTESICA  |                          |
|      | 23.41.5                       | APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA  | 57.35   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23415.001                 | APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA  |                          |
|      | 23.42.1                       | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)  | 17.00   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23421.001                 | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)  |                          |
|      | 23.42.2                       | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)  | 79.75   | 6           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23422.001                 | TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)  |                          |
|      | 23.43.1                       | INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)  | 129.10  | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23431.001                 | INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)  |                          |
|      | 23.43.2                       | INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)  | 81.30   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23432.001                 | PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE IN RESINA. PER ARCATI   |                          |
|      | 23.43.2                       | INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)  | 81.30   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23432.002                 | PROTESI RIMOVIBILI - PROTESI SCHELETRATE IN LEGA NON NOBILE   |                          |
|      | 23.43.6                       | APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte   | 31.00   | 7           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23436.001                 | APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte   |                          |
|      | 23.49.1                       | MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta  | 16.25   | 7           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23491.001                 | MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta  |                          |
|      | 23.5                          | REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale  | 11.50   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23500.001                 | REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale  |                          |
|      | 23.50.1                       | INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO   | 11.50   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23501.001                 | INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO   |                          |
|      | 23.71.1                       | TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2   | 35.25   | 11          | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23711.001                 | TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2   |                          |
|      | 23.71.2                       | TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2  | 57.40   | 6           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23712.001                 | TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2  |                          |
|      | 23.72.1                       | APPLICAZIONE Terapia canale in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute   | 16.00   | 11          | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23721.001                 | APPLICAZIONE Terapia canale in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute   |                          |
|      | 23.72.2                       | APICECTOMIA (PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO)   | 34.85   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23722.001                 | APICECTOMIA (PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO)   |                          |
|      | 23.72.3                       | PULPOTOMIA  | 41.30   | 6           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23723.001                 | PULPOTOMIA  |                          |
|      | 23.73                         | APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda  | 48.10   | 6           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 23730.001                 | APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda  |                          |
|      | 24.00.1                       | GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato  | 29.55   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24001.001                 | GENGIVECTOMIA (PER OGNI GRUPPO DI 4 DENTI)  |                          |
|      | 24.00.1                       | GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato  | 29.55   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24001.002                 | INNESTO DI LEMBO LIBERO   |                          |
|      | 24.00.2                       | CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.3  | 94.25   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24002.001                 | CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.3  |                          |
|      | 24.00.3                       | CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2   | 94.25   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24003.001                 | CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2   |                          |
|      | 24.11                         | BIOPSIA DELLA GENGIVA   | 31.25   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24110.001                 | BIOPSIA DELLA GENGIVA   |                          |
|      | 24.12                         | BIOPSIA DELL'ALVEOLO  | 31.25   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24120.001                 | BIOPSIA DELL'ALVEOLO  |                          |
|      | 24.19.1                       | TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture) | 23.00   | 2           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24191.001                 | TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture) |                          |
|      | 24.20.1                       | CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3  | 62.80   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24201.001                 | CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3  |                          |
|      | 24.31                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)  | 31.25   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24310.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)  |                          |
|      | 24.39.1                       | LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata  | 25.20   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24391.001                 | LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata  |                          |
|      | 24.39.2                       | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoplastica. Per emiarcata   | 22.30   | 6           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24392.001                 | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoplastica. Per emiarcata   |                          |
|      | 24.4                          | ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI   | 55.30   | 3           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24400.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI   |                          |
|      | 24.6                          | ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO   | 38.00   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24600.001                 | ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO   |                          |
|      | 24.70.1                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24701.001                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI, PER ANNO: 1° O 2° ANNO   |                          |
|      | 24.70.1                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24701.002                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO APPARECCHI MOBILI, PER ANNO: 3° ANNO  |                          |
|      | 24.70.1                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24701.003                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO APPARECCHI MOBILI, PER ANNO: 4° ANNO  |                          |
|      | 24.70.2                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24702.001                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI, PER ANNO: 1° O 2° ANNO  |                          |
|      | 24.70.2                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24702.002                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO APPARECCHI FISSI, PER ANNO: 3° ANNO   |                          |
|      | 24.70.2                       | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile   | 122.90  | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24702.003                 | TRATTAMENTO ORTODONTICO APPARECCHI FISSI, PER ANNO: 4° ANNO   |                          |
|      | 24.80.1                       | RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO  | 26.75   | 9           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24801.001                 | RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO  |                          |
|      | 24.80.2                       | RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETT ORTODONTICI   | 15.00   | 8           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24802.001                 | RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETT ORTODONTICI   |                          |
|      | 24.80.3                       | STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E   | 16.20   | 5           | 17                 | Odontostomatologia   |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 24803.001                 | STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E   |                          |
|      | 25.01                         | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DELLA LINGUA   | 25.85   | 03          | Chirurgia generale | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 25010.001                 | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DELLA LINGUA   |                          |
| H    | 25.1                          | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA  | 24.00   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 25100.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA  |                          |
|      | 25.91                         | FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)  | 18.05   | 17          | Odontostomatologia |                      |                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 25910.001                 | FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1          | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2           | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3          | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4          | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 26.0                          | INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare   | 24,65    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 26000.001                 | INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare  |                          |
|      | 26.11                         | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE   | 25,85    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 26110.001                 | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE  |                          |
|      | 26.91                         | SPECCIAZIONE DI DOTTO SALIVARE   | 17,60    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 26910.001                 | SPECCIAZIONE DI DOTTO SALIVARE  |                          |
|      | 27.00.1                       | DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglossa (06.09)                                     | 51,90    | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27001.001                 | DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglossa (06.09)    |                          |
|      | 27.00.2                       | RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)   | 9,65     | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27002.001                 | RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)  |                          |
|      | 27.21                         | BIOPSIA DEL PALATO OSSEO   | 25,85    | 03          | Chirurgia generale       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27210.001                 | BIOPSIA DEL PALATO OSSEO  |                          |
|      | 27.23                         | BIOPSIA DEL LABBRO   | 17,20    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27230.001                 | BIOPSIA DEL LABBRO  |                          |
|      | 27.24                         | BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari   | 31,25    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27240.001                 | BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari  |                          |
|      | 27.31                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO  | 62,00    | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27310.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO   |                          |
|      | 27.41                         | FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)   | 18,05    | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27410.001                 | FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)  |                          |
|      | 27.43                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOPLOMIA DEL LABBRO   | 62,00    | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27430.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOPLOMIA DEL LABBRO  |                          |
|      | 27.49.1                       | ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOPLOMIA DEL CAVO ORALE   | 25,00    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27491.001                 | ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA (NAS)   |                          |
|      | 27.49.1                       | ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOPLOMIA DEL CAVO ORALE   | 25,00    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27491.002                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOPLOMIA DEL CAVO ORALE  |                          |
|      | 27.51                         | SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO   | 23,80    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27510.001                 | SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO  |                          |
|      | 27.52                         | SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE  | 23,80    | 17          | Odontostomatologia       | 21                   | Otorinolaringoiatria      |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27520.001                 | SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE   |                          |
|      | 27.71                         | INCISIONE DELL'UGOLA   | 10,40    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27710.001                 | INCISIONE DELL'UGOLA  |                          |
|      | 27.72                         | ASPORTAZIONE DELL'UGOLA  | 62,05    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27720.001                 | ASPORTAZIONE DELL'UGOLA   |                          |
|      | 27.79.1                       | ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione   | 62,00    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27791.001                 | ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione  |                          |
|      | 27.91                         | FRENULECTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulectomia linguale (25.91)  | 18,05    | 17          | Odontostomatologia       |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 27910.001                 | FRENULECTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulectomia linguale (25.91)   |                          |
|      | 28.00.1                       | INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE   | 22,95    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 28001.001                 | INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE  |                          |
|      | 28.91                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE  | 23,40    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 28910.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE   |                          |
|      | 29.12                         | BIOPSIA FARINGEA   | 31,25    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 29120.001                 | BIOPSIA FARINGEA  |                          |
|      | 29.19.1                       | VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)   | 62,00    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 29191.001                 | VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)  |                          |
|      | 31.42.2                       | LARINGOSTROSCOPIA  | 20,90    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 31422.001                 | LARINGOSTROSCOPIA   |                          |
|      | 31.43                         | BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia   | 34,15    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 31430.001                 | BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia  |                          |
|      | 31.48.2                       | ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE   | 22,65    | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 31482.001                 | ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE  |                          |
|      | 31.94.1                       | INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA  | 143,00   | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 31941.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA   |                          |
|      | 31.98.1                       | SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi  | 354,60   | 21          | Otorinolaringoiatria     |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 31981.001                 | SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi   |                          |
|      | 33.21                         | BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE  | 82,60    | 22          | Pneumologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 33210.001                 | BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE   |                          |
|      | 33.22                         | BRONCOSCOPIA (fibre ottiche - autofluorescenza - Ebus). Tracheobroncoscopia esplorativa  | 82,63    | 22          | Pneumologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 33220.001                 | BRONCOSCOPIA (fibre ottiche - autofluorescenza - Ebus). Tracheobroncoscopia esplorativa   |                          |
|      | 33.24                         | PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22  | 64,95    | 22          | Pneumologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 33240.001                 | PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22   |                          |
|      | 34.23                         | BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA   | 164,20   | 22          | Pneumologia              | 08                   | Diagnostica per immagini  |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34230.001                 | BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA  |                          |
|      | 34.24                         | BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata   | 164,20   | 03          | Chirurgia generale       | 22                   | Pneumologia               | 08                   | Diagnostica per immagini |                      |                          |                      |                 |                      | 34240.001                 | BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata  |                          |
|      | 34.29                         | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSRONCHIALE DI LINFONDI ILO MEDIASTINICI   | 127,10   | 08          | Diagnostica per immagini |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34290.001                 | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSRONCHIALE DI LINFONDI ILO MEDIASTINICI  |                          |
|      | 34.91                         | TORACENTESI  | 105,90   | 03          | Chirurgia generale       | 22                   | Pneumologia               |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34910.001                 | DRENAGGIO PLEURICO ECOGUIDATO   |                          |
|      | 34.91                         | TORACENTESI  | 105,90   | 03          | Chirurgia generale       | 22                   | Pneumologia               |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34910.002                 | TORACENTESI   |                          |
|      | 34.91.1                       | TORACENTESI TC-guidata   | 164,20   | 03          | Chirurgia generale       | 08                   | Diagnostica per immagini  | 22                   | Pneumologia              |                      |                          |                      |                 |                      | 34911.001                 | TORACENTESI TC-guidata  |                          |
|      | 34.91.2                       | TORACENTESI ECOGUIDATA   | 127,10   | 03          | Chirurgia generale       | 08                   | Diagnostica per immagini  | 22                   | Pneumologia              |                      |                          |                      |                 |                      | 34912.001                 | TORACENTESI ECOGUIDATA  |                          |
|      | 34.92                         | INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapia antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: iniezione per collasso del polmone | 61,95    | 18          | Oncologia                |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34920.001                 | INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA  |                          |
|      | 34.92                         | INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapia antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: iniezione per collasso del polmone | 61,95    | 18          | Oncologia                |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 34920.002                 | PLEURODESI CHIMICA  |                          |
|      | 37.26.1                       | ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE   | 77,45    | 02          | Cardiologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 37261.001                 | ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE  |                          |
|      | 37.79.1                       | IMPIANTO DI LOOP RECORDER  | 1.550,45 | 02          | Cardiologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 37791.001                 | IMPIANTO DI LOOP RECORDER   |                          |
|      | 37.85                         | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA   | 1.050,45 | 02          | Cardiologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 37850.001                 | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA  |                          |
|      | 37.86                         | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA   | 1.250,45 | 02          | Cardiologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 37860.001                 | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA  |                          |
|      | 37.87                         | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA   | 1.550,45 | 02          | Cardiologia              |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 37870.001                 | SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA  |                          |
|      | 38.00.1                       | INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE   | 35,10    | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38001.001                 | INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE  |                          |
|      | 38.00.2                       | INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA   | 35,10    | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38002.001                 | INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA  |                          |
|      | 38.21                         | BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI   | 41,05    | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38210.001                 | BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI  |                          |
|      | 38.22.1                       | CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE   | 59,25    | 05          | Chirurgia vascolare      | 06                   | Dermatologia/Allergologia |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38221.001                 | CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE  |                          |
|      | 38.50.1                       | LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE  | 27,20    | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38501.001                 | LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE   |                          |
|      | 38.53                         | ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE   | 251,00   | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38530.001                 | ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE  |                          |
|      | 38.59.1                       | VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Esclude le safene   | 251,00   | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38591.001                 | VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE DX  |                          |
|      | 38.59.1                       | VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Esclude le safene   | 251,00   | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38591.002                 | VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE SX  |                          |
|      | 38.59.2                       | DISCONNESSIONE DEGLI SBOCCI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPILITEO. Escluso: trombosi dell'ostio   | 360,00   | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38592.001                 | DISCONNESSIONE DEGLI SBOCCI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPILITEO. Escluso: trombosi dell'ostio  |                          |
|      | 38.80.1                       | OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Esclude safene  | 833,00   | 05          | Chirurgia vascolare      |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38801.001                 | OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Esclude safene   |                          |
|      | 38.92.1                       | CATERELEMIO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE  | 24,00    | 10          | Gastroenterologia        |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38921.001                 | CATERELEMIO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE   |                          |
|      | 38.95.1                       | POSIZIONAMENTO CATERETE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE Inclusa eventuale guida ecografica   | 240,00   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38951.001                 | POSIZIONAMENTO CATERETE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica   |                          |
|      | 38.95.2                       | POSIZIONAMENTO CATERETE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica  | 280,50   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38952.001                 | POSIZIONAMENTO CATERETE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica   |                          |
|      | 38.95.3                       | SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATERETE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE   | 240,00   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38953.001                 | SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATERETE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE  |                          |
|      | 38.95.4                       | SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATERETE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE   | 280,50   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38954.001                 | SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATERETE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE  |                          |
|      | 38.95.6                       | POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATERETE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE  | 240,00   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38956.001                 | POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATERETE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE   |                          |
|      | 38.95.8                       | POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATERETE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE  | 280,50   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38958.001                 | POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATERETE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE   |                          |
|      | 38.95.9                       | POSIZIONAMENTO DI CATERETE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE  | 280,50   | 13          | Nefrologia               |                      |                           |                      |                          |                      |                          |                      |                 |                      | 38959.001                 | POSIZIONAMENTO DI CATERETE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE   |                          |
|      | 38.97                         | POSIZIONAMENTO DI CATERETE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATERETE GIUGLARE O FEMORALE (Caterete a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port) Incluso: radiografia di controllo                                  | 280,50   | 18          | Oncologia                | 01                   | Anestesia/Analgesia       | 05                   | Chirurgia vascolare      | 08                   | Diagnostica per immagini |                      |                 |                      | 38970.001                 | POSIZIONAMENTO DI CATERETE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATERETE GIUGLARE O FEMORALE (Caterete a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port) Incluso: radiografia di controllo |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3     | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4     | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| H    | 38.97.1                       | INSERZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo   | 282,00  |             | 18              | Oncologia            | 01              | Anestesia/Analgesia      | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      | 38971.001                 | INSERZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo   |                          |
| H    | 38.97.2                       | INSERZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo   | 152,50  |             | 18              | Oncologia            | 01              | Anestesia/Analgesia      | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      | 38972.001                 | INSERZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo   |                          |
| H R  | 39.27                         | CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   | 331,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39270.001                 | CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   |                          |
| H R  | 39.27.1                       | CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   | 331,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39271.001                 | CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   |                          |
| H R  | 39.42                         | REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   | 331,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39420.001                 | REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE   |                          |
| H R  | 39.43                         | CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE  | 219,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39430.001                 | CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTERIOVENOSA PER DIALISI RENALE  |                          |
|      | 39.92.1                       | INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie              | 19,60   |             | 05              | Chirurgia vascolare  |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39921.001                 | INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie              |                          |
|      | 39.92.2                       | INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni e trattamento del varicocele   | 99,00   |             | 05              | Chirurgia vascolare  | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39922.001                 | INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni e trattamento del varicocele   |                          |
|      | 39.95.2                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 147,25  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39952.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |                          |
|      | 39.95.3                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 136,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39953.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |                          |
| H    | 39.95.4                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 172,75  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39954.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |                          |
| H    | 39.95.5                       | EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 240,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39955.001                 | EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |                          |
| H    | 39.95.6                       | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 206,55  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39956.001                 | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA   |                          |
| H    | 39.95.7                       | ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute                        | 240,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39957.001                 | ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute                        |                          |
| H    | 39.95.8                       | EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 206,55  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39958.001                 | EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |                          |
| H    | 39.99.1                       | ECCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTERIOVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO   | 17,45   |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39991.001                 | ECCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTERIOVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO   |                          |
| H R  | 39.99.2                       | DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTERIOVENOSA (CON UROCHINASI E/O tPA)   | 500,00  |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39992.001                 | DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTERIOVENOSA (CON UROCHINASI E/O tPA)   |                          |
| H R  | 39.99.3                       | DISOSTRUZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATERERE GIUGLARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesco  | 500,00  |             | 13              | Nefrologia           | 18              | Oncologia                | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      | 39993.001                 | DISOSTRUZIONE DI CATERERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATERERE GIUGLARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesco  |                          |
| H    | 39.99.4                       | VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTERIOVENOSA  | 17,50   |             | 13              | Nefrologia           | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39994.001                 | VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTERIOVENOSA  |                          |
| H    | 39.99.5                       | ECCOLORDOPPLER DI FISTOLA ARTERIOVENOSA  | 34,05   |             | 13              | Nefrologia           | 05              | Chirurgia vascolare      |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39995.001                 | ECCOLORDOPPLER DI FISTOLA ARTERIOVENOSA  |                          |
| H    | 39.99.6                       | TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATERERE (LOCK THERAPY)   | 16,00   |             | 13              | Nefrologia           |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 39996.001                 | TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATERERE (LOCK THERAPY)   |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.001                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI ASCELLARI DX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.002                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI ASCELLARI SX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.003                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI CERVICALI DX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.004                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI CERVICALI SX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.005                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI INGUINALI DX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.006                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI INGUINALI SX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.007                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI PRESCLALENICI DX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.008                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI PRESCLALENICI SX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.009                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI SOPRACLAVEARI DX  |                          |
|      | 40.11.1                       | BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalsenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali                      | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40111.010                 | BIOPSIA/AGOBIOPSIA LINFONODI SOPRACLAVEARI SX  |                          |
|      | 40.11.2                       | BIOPSIA ESCISIONALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE   | 258,20  |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40112.001                 | BIOPSIA ESCISIONALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE   |                          |
|      | 40.19.1                       | AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA  | 66,00   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini | 22              | Pneumologia              |                 |                          |                 |                      | 40191.001                 | AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA  |                          |
|      | 40.19.2                       | AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA  | 105,65  |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini | 22              | Pneumologia              |                 |                          |                 |                      | 40192.001                 | AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA  |                          |
|      | 40.29                         | ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfangiectomia singola   | 51,00   |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 40290.001                 | ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfangiectomia singola   |                          |
|      | 41.31                         | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO   | 42,70   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini | 18              | Oncologia                |                 |                          |                 |                      | 41310.001                 | BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO   |                          |
|      | 42.24                         | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1  | 123,55  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42240.001                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1  |                          |
|      | 42.24.1                       | BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2  | 64,95   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42241.001                 | BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2  |                          |
|      | 42.29.2                       | pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)  | 81,60   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42292.001                 | pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)  |                          |
|      | 42.29.3                       | pH METRIA TELEMETRICA  | 291,60  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42293.001                 | pH METRIA TELEMETRICA  |                          |
|      | 42.29.4                       | IMPEDENZIMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)  | 130,00  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42294.001                 | IMPEDENZIMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)  |                          |
|      | 42.33.1                       | ASPORTAZIONE O DEMOLUZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosetomia. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)               | 194,40  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42331.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLUZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosetomia. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)               |                          |
|      | 42.33.2                       | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1) | 259,30  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42332.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1) |                          |
|      | 42.33.3                       | SCLEROTERAPIA DI VARI CI ESOFAGEI IN CORSO DI EGDS (45.13)   | 98,00   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42333.001                 | SCLEROTERAPIA DI VARI CI ESOFAGEI IN CORSO DI EGDS (45.13)   |                          |
|      | 42.33.4                       | ESATIRE DI VARI CI ESOFAGEI IN CORSO DI EGDS (45.13)   | 107,00  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42334.001                 | ESATIRE DI VARI CI ESOFAGEI IN CORSO DI EGDS (45.13)   |                          |
|      | 42.92.1                       | DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)   | 112,55  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42921.001                 | DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)   |                          |
|      | 42.93                         | INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA   | 94,10   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 42930.001                 | INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA   |                          |
|      | 43.11.1                       | SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA   | 200,00  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 43111.001                 | SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA   |                          |
|      | 43.41.1                       | POLPECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)   | 193,55  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 43411.001                 | POLPECTOMIA GASTRICA DI UNO O PIU' POLIPI CON APPROCCIO ENDOSCOPICO  |                          |
|      | 43.41.2                       | POLPECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)   | 193,55  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 43412.001                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA: POLPECTOMIA  |                          |
|      | 43.41.3                       | ASPORTAZIONE O DEMOLUZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)        | 259,30  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 43413.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLUZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)        |                          |
|      | 44.14                         | BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)               | 64,95   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 44140.001                 | BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)               |                          |
| H    | 44.14.1                       | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3, 45.16.1, 45.16.2, 44.19.3  | 556,80  |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                          |                 |                          |                 |                          |                 |                      | 44141.001                 | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3, 45.16.1, 45.16.2, 44.19.3  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2      | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 44.19.2                       | BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13   | 20,10    |             | 11              | Laboratorio          | 10              | Gastroenterologia         |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 44192.001                 | BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13   |                          |
| H    | 44.19.3                       | ECDENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1  | 253,25   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 44193.001                 | ECDENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1  |                          |
|      | 44.22.1                       | DILATAZIONE ENDOSCOPIA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)  | 185,00   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 44221.001                 | DILATAZIONE ENDOSCOPIA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)  |                          |
| HR   | 44.93.1                       | POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO  | 1.470,00 |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 44931.001                 | POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO  |                          |
| HR   | 44.94.1                       | RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO   | 63,00    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 44941.001                 | RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO   |                          |
|      | 45.13                         | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS). Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)   | 64,90    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45130.001                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS). Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)   |                          |
|      | 45.13.1                       | ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE  | 863,75   | 12          | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45131.001                 | ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE  |                          |
|      | 45.13.2                       | ENTEROSCOPIA   | 88,00    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45132.001                 | ENTEROSCOPIA   |                          |
|      | 45.13.3                       | ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA   | 152,95   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45133.001                 | ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA   |                          |
|      | 45.14.1                       | BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia (45.16.1,45.16.2)   | 64,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45141.001                 | BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia (45.16.1,45.16.2)   |                          |
|      | 45.14.2                       | BIOPSIA DELL' INTESTINO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia (45.16.1, 45.16.2)   | 64,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45142.001                 | BIOPSIA DELL' INTESTINO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia (45.16.1, 45.16.2)   |                          |
|      | 45.14.3                       | BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1   | 90,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45143.001                 | BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1   |                          |
|      | 45.16.1                       | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)   | 123,55   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45161.001                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)   |                          |
|      | 45.16.2                       | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)  | 172,95   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45162.001                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)  |                          |
|      | 45.19.1                       | MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONOSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)   | 32,45    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45191.001                 | MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONOSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)   |                          |
|      | 45.19.2                       | COLONAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)  | 32,45    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45192.001                 | COLONAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)  |                          |
|      | 45.23                         | COLONOSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5   | 120,00   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45230.001                 | COLONOSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5   |                          |
|      | 45.23.1                       | ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5  | 140,50   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45231.001                 | ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5  |                          |
|      | 45.23.2                       | ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA   | 231,45   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45232.001                 | ILEO-COLONOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA   |                          |
|      | 45.23.3                       | COLONOSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica   | 147,65   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45233.001                 | COLONOSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica   |                          |
|      | 45.23.4                       | COLONOSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla   | 197,05   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45234.001                 | COLONOSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla   |                          |
|      | 45.24                         | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5  | 47,40    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45240.001                 | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5  |                          |
|      | 45.24.1                       | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)   | 123,55   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45241.001                 | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)   |                          |
|      | 45.24.2                       | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)  | 138,35   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45242.001                 | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)  |                          |
|      | 45.25                         | BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONOSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1  | 64,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45250.001                 | BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONOSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1  |                          |
|      | 45.25.1                       | BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONOSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1   | 90,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45251.001                 | BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONOSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1   |                          |
|      | 45.25.2                       | BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1  | 64,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45252.001                 | BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1  |                          |
|      | 45.25.3                       | BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1   | 90,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45253.001                 | BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1   |                          |
| H    | 45.26.1                       | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)  | 556,80   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45261.001                 | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)  |                          |
|      | 45.29.1                       | BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO   | 74,85    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45291.001                 | BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO   |                          |
|      | 45.29.2                       | BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA   | 21,20    |             | 10              | Gastroenterologia    | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45292.001                 | BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA   |                          |
|      | 45.29.3                       | BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO   | 21,20    |             | 10              | Gastroenterologia    | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45293.001                 | BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO   |                          |
| H    | 45.29.5                       | ECDENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1  | 253,25   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45295.001                 | ECDENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1  |                          |
|      | 45.29.6                       | BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA  | 21,20    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45296.001                 | BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA  |                          |
|      | 45.29.7                       | BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA  | 21,20    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45297.001                 | BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA  |                          |
|      | 45.29.8                       | TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE  | 61,05    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45298.001                 | TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE  |                          |
|      | 45.30.1                       | POLIPLECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)   | 194,40   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45301.001                 | POLIPLECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)   |                          |
|      | 45.30.2                       | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPIA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)   | 259,30   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45302.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPIA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)   |                          |
|      | 45.42                         | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Poliplectomia di uno o più polipi  | 117,05   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45420.001                 | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Poliplectomia di uno o più polipi  |                          |
|      | 45.42.1                       | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Poliplectomia di uno o più polipi   | 147,00   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45421.001                 | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Poliplectomia di uno o più polipi   |                          |
|      | 45.42.2                       | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPIA. Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Poliplectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Poliplectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1) | 122,65   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 45422.001                 | POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPIA. Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Poliplectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Poliplectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1) |                          |
|      | 46.85.1                       | DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonoscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)   | 172,65   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 46851.001                 | DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonoscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)   |                          |
|      | 48.23                         | PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2   | 31,90    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 48230.001                 | PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2   |                          |
|      | 48.23.1                       | PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)  | 112,40   |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 48231.001                 | PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)  |                          |
|      | 48.24                         | BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1   | 64,95    |             | 10              | Gastroenterologia    |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 48240.001                 | BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1   |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3     | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 48.24.1                       | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24   | 556,80   |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 48241.001                 | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24   |                          |
|      | 48.29.1                       | MANOMETRIA ANO-RETTALE  | 58,35    |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 48291.001                 | MANOMETRIA ANO-RETTALE  |                          |
| H    | 48.29.2                       | ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTOTIGIOSCOPIODOSCOPICA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1) | 253,25   |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 48292.001                 | ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTOTIGIOSCOPIODOSCOPICA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1) |                          |
|      | 49.01                         | INCISIONE DI ACCESSO PERIANALE  | 39,75    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49010.001                 | INCISIONE DI ACCESSO PERIANALE  |                          |
|      | 49.02                         | INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI  | 39,75    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49020.001                 | INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI  |                          |
|      | 49.04                         | ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI   | 39,75    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49040.001                 | ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI   |                          |
|      | 49.11                         | FISTULOTOMIA ANALE Extrafistiferica   | 39,75    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49110.001                 | FISTULOTOMIA ANALE Extrafistiferica   |                          |
|      | 49.21                         | ANOSCOPIA   | 22,70    |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49210.001                 | ANOSCOPIA   |                          |
|      | 49.23                         | BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI   | 31,25    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49230.001                 | BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI   |                          |
|      | 49.39                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO   | 47,25    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49390.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO   |                          |
|      | 49.41                         | RIUZIONE DI EMORROIDI   | 47,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49410.001                 | RIUZIONE DI EMORROIDI   |                          |
|      | 49.42                         | INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI   | 16,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49420.001                 | INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI   |                          |
|      | 49.44                         | TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI   | 47,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49440.001                 | TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI   |                          |
|      | 49.45                         | LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI   | 47,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49450.001                 | LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI   |                          |
|      | 49.47                         | RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE (Trombectomia)   | 47,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49470.001                 | RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE (Trombectomia)   |                          |
|      | 49.49.1                       | TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE   | 47,50    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49491.001                 | TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE   |                          |
|      | 49.59                         | SPINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere  | 45,70    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 49590.001                 | SPINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere  |                          |
| H    | 50.11                         | AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 94,90    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 50110.001                 | AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  |                          |
| H    | 50.19.1                       | AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 189,85   |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 50191.001                 | AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  |                          |
| H    | 50.91.1                       | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)                        | 94,90    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 50911.001                 | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)                        |                          |
| H    | 50.91.2                       | ALCOAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO SENZA E CON MDC. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)        | 195,00   |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 50912.001                 | ALCOAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO SENZA E CON MDC. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)        |                          |
| H    | 51.14.1                       | BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI  | 89,00    |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 51141.001                 | BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI  |                          |
| H    | 52.13                         | ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA  | 253,25   |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 52130.001                 | ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA  |                          |
| H    | 52.14                         | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA  | 556,80   |             | 10              | Gastroenterologia        |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 52140.001                 | BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA  |                          |
| R    | 53.00.1                       | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  | 1.068,50 |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53001.001                 | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  |                          |
| R    | 53.00.2                       | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento                        | 1.068,50 |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53002.001                 | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento                        |                          |
| R    | 53.21.1                       | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  | 1.068,50 |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53211.001                 | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  |                          |
| R    | 53.29.1                       | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  | 1.068,50 |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53291.001                 | RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  |                          |
| R    | 53.41                         | RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  | 971,20   |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53410.001                 | RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  |                          |
| R    | 53.49.1                       | RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  | 971,20   |             | 03              | Chirurgia generale       |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 53491.001                 | RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento  |                          |
|      | 54.00                         | INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE   | 34,85    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54000.001                 | INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE   |                          |
|      | 54.22                         | BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO  | 25,85    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54220.001                 | BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO  |                          |
| H    | 54.24.1                       | BIOPSIA [PERCUTANEA]AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)                  | 94,90    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54241.001                 | AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA MASSA INTRAADDOMINALE  |                          |
| H    | 54.24.1                       | BIOPSIA [PERCUTANEA]AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)                  | 94,90    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54241.002                 | BIOPSIA PERCUTANEA MASSA ADDOMINALE ECO GUIDATA   |                          |
| H    | 54.24.2                       | BIOPSIA [PERCUTANEA]AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)                  | 189,85   |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54242.001                 | BIOPSIA [PERCUTANEA]AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)                  |                          |
|      | 54.91                         | PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale (54.93)  | 34,85    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54910.001                 | PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale (54.93)  |                          |
| H    | 54.91.1                       | DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali  | 94,45    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54911.001                 | DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali  |                          |
| H    | 54.91.2                       | DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali   | 43,55    |             | 03              | Chirurgia generale       | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54912.001                 | DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali   |                          |
| R    | 54.93                         | POSIZIONAMENTO DI CATERETE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale  | 179,60   |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54930.001                 | POSIZIONAMENTO DI CATERETE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale  |                          |
| R    | 54.93.1                       | REVISIONE DI CATERETE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere  | 46,20    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54931.001                 | REVISIONE DI CATERETE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere  |                          |
| R    | 54.93.2                       | RIMOZIONE DI CATERETE PERITONEALE   | 30,80    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54932.001                 | RIMOZIONE DI CATERETE PERITONEALE   |                          |
| H    | 54.97                         | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)   | 61,95    |             | 13              | Nefrologia               | 18              | Oncologia                | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      | 54970.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)   |                          |
|      | 54.98.1                       | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO PERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute   | 54,70    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54981.001                 | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO PERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute   |                          |
|      | 54.98.2                       | DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD) con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   | 46,65    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54982.001                 | DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD) con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   |                          |
|      | 54.98.3                       | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   | 83,00    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54983.001                 | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   |                          |
|      | 54.98.4                       | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute  | 55,50    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54984.001                 | DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute  |                          |
|      | 54.98.5                       | DIALISI PERITONEALE (CAPD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO PERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   | 52,65    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54985.001                 | DIALISI PERITONEALE (CAPD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO PERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   |                          |
|      | 54.98.6                       | DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD) con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute  | 56,65    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54986.001                 | DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD) con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute  |                          |
|      | 54.98.7                       | DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE (IPD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   | 50,00    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54987.001                 | DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE (IPD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute   |                          |
| H    | 54.98.8                       | TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e CCl/BSA  | 59,15    |             | 13              | Nefrologia               |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 54988.001                 | TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e CCl/BSA  |                          |
| H    | 55.03                         | NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE   | 843,50   |             | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 55030.001                 | NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE   |                          |
| H    | 55.92                         | ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerizzazione   | 68,10    |             | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 55920.001                 | PUNTURA CISTI RENALE DX   |                          |
| H    | 55.92                         | ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerizzazione   | 68,10    |             | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 55920.002                 | PUNTURA CISTI RENALE SX   |                          |
|      | 55.93                         | SOSTITUZIONE DI CATERETE NEFROSTOMICO   | 100,00   |             | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 55930.001                 | SOSTITUZIONE DI CATERETE NEFROSTOMICO   |                          |
| H    | 56.62                         | REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA   | 510,40   |             | 25              | Urologia                 |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 56620.001                 | REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| H    | 57.17                         | CISTOSTOMIA PERCLUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico  | 32.15    |             | 25              | Urologia                  | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 57170.001                 | CISTOSTOMIA PERCLUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico  |                          |
|      | 57.32                         | URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)  | 57.00    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 57320.001                 | URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)  |                          |
|      | 57.33                         | URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA   | 91.20    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 57330.001                 | URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA   |                          |
|      | 57.39.2                       | ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter   | 57.25    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 57392.001                 | ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter   |                          |
|      | 57.94                         | CATERISMO VESICALE. Incluso: lavaggio vescicale   | 9.45     |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 57940.001                 | CATERISMO VESICALE. Incluso: lavaggio vescicale   |                          |
| H    | 58.23                         | BIOPSIA DELL' URETRA  | 64.95    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 58230.001                 | BIOPSIA DELL' URETRA  |                          |
| H    | 58.31                         | ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale   | 45.55    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 58310.001                 | ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale   |                          |
|      | 58.60.1                       | DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovesicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)  | 34.05    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 58601.001                 | DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovesicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)  |                          |
|      | 58.60.2                       | DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta  | 10.45    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 58602.001                 | DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta  |                          |
| H    | 58.60.3                       | RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO  | 44.80    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 58603.001                 | RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO  |                          |
| H    | 59.8                          | CATERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio uretrovesicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32) | 33.30    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 59800.001                 | CATERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio uretrovesicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32) |                          |
|      | 60.11                         | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale   | 94.90    |             | 08              | Diagnostica per immagini  | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 60110.001                 | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale   |                          |
|      | 60.13                         | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESICICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale  | 86.80    |             | 08              | Diagnostica per immagini  | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 60130.001                 | AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESICICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale  |                          |
|      | 61.91                         | PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale  | 18.65    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 61910.001                 | PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale  |                          |
| H    | 62.11                         | AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 99.00    |             | 09              | Endocrinologia            | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 62110.001                 | AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  |                          |
|      | 63.52                         | ASPORTAZIONE MANUALE DEL FUNICULO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi  | 17.85    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 63520.001                 | ASPORTAZIONE MANUALE DEL FUNICULO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi  |                          |
| H    | 63.71                         | LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI  | 100.75   |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 63710.001                 | LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI  |                          |
| H    | 63.99.1                       | SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE  | 800.00   |             | 08              | Diagnostica per immagini  | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 63991.001                 | SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE  |                          |
| H    | 64.0                          | CIRCONCISIONE TERAPEUTICA   | 129.10   |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64000.001                 | CIRCONCISIONE TERAPEUTICA   |                          |
|      | 64.11                         | BIOPSIA DEL PENE  | 46.65    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64110.001                 | BIOPSIA DEL PENE  |                          |
|      | 64.2                          | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)   | 57.15    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64200.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE  |                          |
|      | 64.2                          | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)   | 57.15    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64200.002                 | VAPORIZZAZIONE LASER DI LESIONE DEL PENE  |                          |
|      | 64.92.1                       | FRENULOTOMIA PREPUZIALE   | 21.25    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64921.001                 | FRENULOTOMIA  |                          |
|      | 64.92.1                       | FRENULOTOMIA PREPUZIALE   | 21.25    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64921.002                 | FRENULOTOMIA  |                          |
|      | 64.93                         | LIBERAZIONE DI SINCHIE PENIENE  | 22.80    |             | 25              | Urologia                  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 64930.001                 | LIBERAZIONE DI SINCHIE PENIENE  |                          |
| RH   | 65.11                         | AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Pick up ovoidari). Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione   | 945.00   |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 65110.001                 | AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Pick up ovoidari). Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione   |                          |
|      | 65.11.1                       | BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO   | 99.00    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 65111.001                 | BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO   |                          |
| H    | 65.91                         | AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)  | 99.00    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 65910.001                 | AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO DX  |                          |
| H    | 65.91                         | AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)  | 99.00    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 65910.002                 | AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO SX  |                          |
|      | 67.12                         | BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA  | 35.45    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 67120.001                 | BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA  |                          |
|      | 67.19.1                       | BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)   | 34.55    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 67191.001                 | BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)   |                          |
|      | 67.32                         | DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICЕ UTERINA. Asportazione polipi cervicali. Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1   | 43.50    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 67320.001                 | DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICЕ UTERINA. Asportazione polipi cervicali. Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1   |                          |
| H    | 67.32.1                       | CONIZZAZIONE DELLA CERVICЕ UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA   | 44.60    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 67321.001                 | CONIZZAZIONE DELLA CERVICЕ UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA   |                          |
|      | 68.12.1                       | ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1   | 64.35    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 68121.001                 | ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1   |                          |
|      | 68.16.1                       | BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO  | 64.95    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 68161.001                 | BIOPSIA DEL CORPO UTERINO   |                          |
|      | 68.16.1                       | BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO  | 64.95    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 68161.002                 | BIOPSIA ENDOSCOPICA [ISTEROSCOPIA] DELL'ENDOMETRIO  |                          |
| H    | 68.29.2                       | ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA  | 95.00    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 68292.001                 | ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA  |                          |
|      | 69.7                          | INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)  | 12.75    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69700.001                 | INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)  |                          |
| RH   | 69.92.1                       | CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE (SWIM UP)  | 15.50    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  | 11              | Laboratorio              |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69921.001                 | CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE (SWIM UP)  |                          |
| RH   | 69.92.2                       | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMIOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.  | 900.00   | 13          | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69922.001                 | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMIOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.  |                          |
| RH   | 69.92.3                       | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.  | 900.00   | 14          | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69923.001                 | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.  |                          |
| RH   | 69.92.4                       | AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 99.00    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69924.001                 | AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  |                          |
| RH   | 69.92.5                       | TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica  | 450.00   |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69925.001                 | TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica  |                          |
| RH   | 69.92.6                       | TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica   | 196.00   |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69926.001                 | TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica   |                          |
| RH   | 69.92.7                       | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.   | 2.400.00 | 14          | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69927.001                 | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.   |                          |
| RH   | 69.92.8                       | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.   | 900.00   | 13          | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69928.001                 | FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.   |                          |
| RH   | 69.92.9                       | INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI  | 400.00   |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 69929.001                 | INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI  |                          |
|      | 70.21                         | COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI  | 11.05    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 70210.001                 | COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI  |                          |
|      | 70.29.1                       | BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia   | 35.45    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 70291.001                 | BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia   |                          |
|      | 70.33.1                       | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1  | 35.10    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 70331.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1  |                          |
|      | 70.33.1                       | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1  | 35.10    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 70331.002                 | TRATTAMENTO LASER CONDILOMI   |                          |
|      | 71.11                         | BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia   | 46.65    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 71110.001                 | BIOPSIA DELLA CUTE PERINEALE  |                          |
|      | 71.11                         | BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia   | 46.65    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 71110.002                 | BIOPSIA DELLA VULVA   |                          |
| H    | 71.22                         | INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESO O CISTI DELLA GHIAIOLA DEL BARTOLINO   | 28.25    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 71220.001                 | INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESO O CISTI DELLA GHIAIOLA DEL BARTOLINO   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4             | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5     | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 71.30.1                       | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE   | 23,35    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 71301.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE   |                          |
| H    | 75.10.1                       | PRELIEVO DEI VILLO CORIALI   | 87,85    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 75101.001                 | PRELIEVO DEI VILLO CORIALI   |                          |
| H    | 75.10.2                       | AMNICOCENTESI  | 73,90    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 75102.001                 | AMNICOCENTESI  |                          |
| RH   | 75.33.1                       | FUNICOLOCENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO  | 97,10    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 75331.001                 | FUNICOLOCENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO  |                          |
|      | 75.34.1                       | CARINOTOMOGRAFIA ESTERNA   | 16,40    |             | 20              | Ostetricia e ginecologia  |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 75341.001                 | CARINOTOMOGRAFIA ESTERNA   |                          |
|      | 76.01                         | SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia  | 30,65    |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76010.001                 | SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia  |                          |
| H    | 76.2                          | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di crisi dei mascellari   | 115,25   |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76200.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di crisi dei mascellari   |                          |
|      | 76.77                         | RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti   | 25,25    |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76770.001                 | RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti   |                          |
|      | 76.83                         | RIDUZIONE CHIUSA DI LUSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE   | 27,85    |             | 17              | Odontostomatologia        | 19              | Ortopedia                |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76930.001                 | RIDUZIONE CHIUSA DI LUSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE   |                          |
|      | 76.96                         | INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1  | 27,85    |             | 17              | Odontostomatologia        | 19              | Ortopedia                |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76960.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1  |                          |
|      | 76.97                         | REMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale   | 15,00    |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76970.001                 | REMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale   |                          |
| H    | 76.99                         | BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE   | 154,90   |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 76990.001                 | BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE   |                          |
|      | 77.40                         | BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA  | 42,70    |             | 19              | Ortopedia                 | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 77400.001                 | BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA  |                          |
| H R  | 77.56                         | RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 774,73   |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 77560.001                 | RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
|      | 78.60                         | REMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata   | 38,80    |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 78600.001                 | REMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata   |                          |
| H R  | 80.20                         | ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo       | 516,50   |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 80200.001                 | ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo       |                          |
|      | 80.30                         | BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca   | 53,80    |             | 19              | Ortopedia                 | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 80300.001                 | BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca   |                          |
| H    | 81.16                         | ARTRODESI METATARSOFALANEA Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 1.111,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81160.001                 | ARTRODESI METATARSOFALANEA Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H    | 81.25                         | ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.466,80 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81250.001                 | ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 81.26                         | ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.466,80 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81260.001                 | ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 81.27                         | ARTRODESI METACARPOFALANEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.466,80 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81270.001                 | ARTRODESI METACARPOFALANEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 81.28                         | ARTRODESI INTERFALANEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.111,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81280.001                 | ARTRODESI INTERFALANEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 81.72                         | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANEA E INTERFALANEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo | 1.505,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81720.001                 | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANEA E INTERFALANEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo |                          |
| H    | 81.72                         | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANEA E INTERFALANEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo | 1.505,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81720.002                 | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANEA E INTERFALANEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo |                          |
| H    | 81.75                         | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo | 1.505,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81750.001                 | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo |                          |
| H    | 81.75                         | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo | 1.505,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81750.002                 | ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo |                          |
|      | 81.91                         | ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)  | 31,25    |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81910.001                 | ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)  |                          |
|      | 81.91.1                       | ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96  | 31,25    |             | 17              | Odontostomatologia        |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81911.001                 | ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96  |                          |
|      | 81.92                         | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco  | 27,85    |             | 18              | Oncologia                 | 19              | Ortopedia                | 01              | Anestesia/Analgesia  | 12              | Medicina fisica e riabilitazione | 08              | Diagnostica per immagini | 81920.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco  |                          |
| RH   | 81.92.1                       | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco                                  | 290,00   |             | 19              | Ortopedia                 | 04              | Chirurgia Plastica       |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 81921.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco                                  |                          |
| H    | 82.04                         | INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                             | 290,00   |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82040.001                 | INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                             |                          |
| H    | 82.21                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                        | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82210.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                        |                          |
| H    | 82.22                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                                  | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82220.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                                  |                          |
| H    | 82.29                         | ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                      | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82290.001                 | ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo                      |                          |
| H    | 82.31                         | BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82310.001                 | BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 82.41                         | SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82410.001                 | SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H    | 82.45                         | SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 1.452,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82450.001                 | SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H    | 82.46                         | SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 1.124,85 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82460.001                 | SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H    | 82.53                         | REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.452,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82530.001                 | REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H    | 82.54                         | REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.111,00 |             | 19              | Ortopedia                 |                 |                          |                 |                      |                 |                                  |                 |                          | 82540.001                 | REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3     | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| H    | 82.91                         | LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 1.080,10 |             | 15              | Neurologia           | 14              | Neurochirurgia           | 19              | Ortopedia                |                 |                      |                 |                      | 82910.001                 | LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
|      | 83.02                         | MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea  | 22,50    |             | 19              | Ortopedia            |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83020.001                 | MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea  |                          |
| H    | 83.03                         | BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa | 31,80    |             | 19              | Ortopedia            |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83030.001                 | BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa |                          |
|      | 83.21                         | BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)   | 41,05    |             | 03              | Chirurgia generale   | 19              | Ortopedia                | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      | 83210.001                 | BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)   |                          |
|      | 83.21.1                       | BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI   | 51,30    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83211.001                 | BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI   |                          |
| H    | 83.31                         | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE   | 38,15    |             | 03              | Chirurgia generale   | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83310.001                 | ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE   |                          |
| H    | 83.61                         | SUTURA DI GUAINA TENDINEA  | 31,00    |             | 19              | Ortopedia            |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83610.001                 | SUTURA DI GUAINA TENDINEA  |                          |
|      | 83.65.1                       | SUTURA DI MUSCOLI O FASCE  | 14,00    |             | 03              | Chirurgia generale   | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83651.001                 | SUTURA DI MUSCOLI O FASCE  |                          |
| H    | 83.65.2                       | SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE   | 14,00    |             | 03              | Chirurgia generale   | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 83652.001                 | SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE   |                          |
|      | 83.98                         | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI. Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco ed eventuale guida ecografica   | 6,95     |             | 03              | Chirurgia generale   | 19              | Ortopedia                | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      | 83980.001                 | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI. Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco ed eventuale guida ecografica   |                          |
| H R  | 84.01                         | AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 750,00   |             | 05              | Chirurgia vascolare  | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 84010.001                 | AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H R  | 84.02                         | AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 750,00   |             | 05              | Chirurgia vascolare  | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 84020.001                 | AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
| H R  | 84.11                         | AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   | 750,00   |             | 05              | Chirurgia vascolare  | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 84110.001                 | AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo   |                          |
| H    | 84.3                          | REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  | 1.286,90 |             | 05              | Chirurgia vascolare  | 19              | Ortopedia                |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 84300.001                 | REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo  |                          |
|      | 85.0                          | MASTOTOMIA incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella. Rimozione di protesi   | 30,85    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85000.001                 | MASTOTOMIA DX  |                          |
|      | 85.0                          | MASTOTOMIA incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella. Rimozione di protesi   | 30,85    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85000.002                 | MASTOTOMIA SX  |                          |
|      | 85.11                         | AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 31,25    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85110.001                 | AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA DX   |                          |
|      | 85.11                         | AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo  | 31,25    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85110.002                 | AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA SX   |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.001                 | BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA DX  |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.002                 | BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA SX  |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.003                 | MICROBIOPSIA STEREOTASSICA MAMMELLA DX   |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.004                 | MICROBIOPSIA STEREOTASSICA MAMMELLA SX   |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.007                 | MICROBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA DX   |                          |
|      | 85.11.1                       | AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85111.008                 | MICROBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA SX   |                          |
|      | 85.11.2                       | AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo   | 42,20    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85112.001                 | AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo   |                          |
|      | 85.11.3                       | BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA   | 408,90   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85113.001                 | BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA   |                          |
|      | 85.11.4                       | BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI   | 429,35   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85114.001                 | BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI   |                          |
|      | 85.11.5                       | BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT   | 94,90    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85115.001                 | BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT   |                          |
|      | 85.11.6                       | BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT  | 97,00    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85116.001                 | BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT  |                          |
|      | 85.11.7                       | BIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT   | 128,10   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85117.001                 | BIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT   |                          |
|      | 85.11.9                       | BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE   | 510,00   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85119.001                 | BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE   |                          |
|      | 85.19.1                       | BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO   | 510,00   |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85191.001                 | BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO   |                          |
|      | 85.20                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di accesso mammario  | 32,55    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85200.001                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA DX  |                          |
|      | 85.20                         | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di accesso mammario  | 32,55    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85200.002                 | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA SX  |                          |
|      | 85.21                         | ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella. Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)   | 36,80    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85210.001                 | ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA DX   |                          |
|      | 85.21                         | ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella. Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)   | 36,80    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85210.002                 | ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA SX   |                          |
|      | 85.21.1                       | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85211.001                 | ASPIRAZIONE ECO-GUIDATA CISTI MAMMELLA DX  |                          |
|      | 85.21.1                       | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85211.002                 | ASPIRAZIONE ECO-GUIDATA CISTI MAMMELLA SX  |                          |
|      | 85.21.1                       | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85211.003                 | ASPIRAZIONE PERCUTANEA ECO-GUIDATA CISTI MAMMELLA DX   |                          |
|      | 85.21.1                       | ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata  | 39,10    |             | 03              | Chirurgia generale   | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85211.004                 | ASPIRAZIONE PERCUTANEA ECO-GUIDATA CISTI MAMMELLA SX   |                          |
|      | 85.24                         | ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA  | 32,55    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85240.001                 | ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA  |                          |
|      | 85.25                         | ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO   | 32,55    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 85250.001                 | ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO   |                          |
|      | 86.01                         | ASPIRAZIONE DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma  | 9,15     |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86010.001                 | ASPIRAZIONE DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma  |                          |
|      | 86.02.1                       | SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE   | 16,85    |             | 04              | Chirurgia plastica   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86021.001                 | SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE   |                          |
|      | 86.02.2                       | INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco   | 9,05     |             | 04              | Chirurgia plastica   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86022.001                 | INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco   |                          |
|      | 86.02.3                       | TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO   | 16,50    |             | 04              | Chirurgia plastica   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86023.001                 | TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO   |                          |
|      | 86.03                         | INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione  | 31,05    |             | 04              | Chirurgia plastica   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86030.001                 | INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione  |                          |
|      | 86.04                         | INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)           | 42,75    |             | 03              | Chirurgia generale   | 09              | Endocrinologia           |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86040.001                 | INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)           |                          |
|      | 86.05.1                       | INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTI E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo incluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)        | 40,05    |             | 03              | Chirurgia generale   |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 86051.001                 | INCISIONE CON RIMOZIONE CORPO ESTRANEO CUTI E SOTTOCUTANEO   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2      | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE                               | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---|---|--------------------------|
|      | 86.05.1                       | INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (86.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTTO E PENE, SENZA INCISIONE (86.24) | 40.05    |             | 03              | Chirurgia generale        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86051.002   | RIMOZIONE DI PORTH O ALTRO CATETERE TUNNELIZZATO  |                          |
| H    | 86.05.2                       | REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER  | 40.05    |             | 02              | Cardiologia               |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86052.001   | REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER  |                          |
| H    | 86.06                         | INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   | 280.50   |             | 03              | Chirurgia generale        | 01              | Anestesia/Analgesia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86060.001   | INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   |                          |
|      | 86.06.1                       | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORMIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco   | 4.00     |             | 01              | Anestesia/Analgesia       |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86061.001   | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORMIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco                                       |                          |
| H    | 86.07                         | INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   | 395.00   |             | 03              | Chirurgia generale        | 01              | Anestesia/Analgesia       | 05              | Chirurgia vascolare  |                 |                      |                 |                      | 86070.001   | INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1   |                          |
|      | 86.11                         | BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO   | 38.50    |             | 03              | Chirurgia generale        | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86110.001   | BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO   |                          |
|      | 86.23                         | RIMOZIONE DI LINGHIA, MATRICE LINGUALE O PLICA LINGUALE   | 53.65    |             | 03              | Chirurgia generale        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86230.001   | RIMOZIONE DI LINGHIA, MATRICE LINGUALE O PLICA LINGUALE   |                          |
|      | 86.24                         | CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute  | 8.40     |             | 03              | Chirurgia generale        | 06              | Dermatologia/Allergologia | 04              | Chirurgia plastica   |                 |                      |                 |                      | 86240.001   | CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute  |                          |
|      | 86.27                         | CURETTAGE DI LINGHIA, MATRICE LINGUALE O PLICA LINGUALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)  | 20.10    |             | 03              | Chirurgia generale        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 | 86270.001            | CURETTAGE DI LINGHIA, MATRICE LINGUALE O PLICA LINGUALE |   |                          |
|      | 86.27                         | CURETTAGE DI LINGHIA, MATRICE LINGUALE O PLICA LINGUALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)  | 20.10    |             | 03              | Chirurgia generale        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 | 86270.002            | CURETTAGE DI LINGHIA, MATRICE O PLICA                   |   |                          |
|      | 86.30.1                       | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta   | 14.65    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86301.001   | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta   |                          |
|      | 86.30.3                       | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta  | 14.75    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86303.001   | ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta  |                          |
|      | 86.30.4                       | ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER   | 23.90    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86304.001   | ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER   |                          |
|      | 86.30.5                       | ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA   | 34.00    |             | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86305.001   | ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA   |                          |
|      | 86.4                          | ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti   | 34.00    |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86400.001   | ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti   |                          |
|      | 86.59.4                       | CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA   | 12.00    |             | 03              | Chirurgia generale        | 21              | Otorinolaringoiatria      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86594.001   | CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA   |                          |
| H    | 86.61                         | INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo  | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86610.001   | INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO DX  |                          |
| H    | 86.61                         | INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: innesto eterologo, innesto omologo  | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86610.002   | INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO SX  |                          |
| H    | 86.62                         | ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo   | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86620.001   | ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO DX   |                          |
| H    | 86.62                         | ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: innesto eterologo, Innesto omologo   | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86620.002   | ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO SX   |                          |
| H    | 86.63                         | INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo   | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86630.001   | INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo   |                          |
|      | 86.65                         | INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE  | 247.90   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86650.001   | INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE  |                          |
| H    | 86.69                         | ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo  | 235.20   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86690.001   | ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo  |                          |
| H    | 86.71                         | ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo   | 340.25   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86710.001   | ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo |                          |
| H    | 86.72                         | AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO  | 340.25   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86720.001   | AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO  |                          |
| H    | 86.73                         | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita   | 327.80   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86730.001   | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO DX  |                          |
| H    | 86.73                         | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita   | 327.80   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86730.002   | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO SX  |                          |
| H    | 86.74                         | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo   | 453.65   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86740.001   | TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo |                          |
| H    | 86.75                         | REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato  | 283.55   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86750.001   | REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato  |                          |
| H    | 86.84                         | CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano   | 294.00   |             | 03              | Chirurgia generale        | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86840.001   | CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano   |                          |
| W    | 86.85                         | CORREZIONE DI SINDATTILIA   | 1.286.90 |             | 03              | Chirurgia generale        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86850.001   | CORREZIONE DI SINDATTILIA   |                          |
|      | 86.86                         | ONICOPLASTICA   | 882.00   |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86860.001   | ONICOPLASTICA   |                          |
|      | 86.92                         | ELETTROLISI E ALTRA DEPLIZIONE CUTANEA  | 30.95    |             | 04              | Chirurgia plastica        |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 86920.001   | ELETTROLISI E ALTRA DEPLIZIONE CUTANEA  |                          |
|      | 87.03                         | TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)  | 86.10    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87030.001   | TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)  |                          |
|      | 87.03.1                       | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)  | 138.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87031.001   | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)  |                          |
|      | 87.03.2                       | TC MASSICCIO FACIALE [massellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]   | 92.50    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87032.001   | TC MASSICCIO FACIALE [massellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]   |                          |
|      | 87.03.3                       | TC MASSICCIO FACIALE SENZA E CON MDC [massellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]   | 147.00   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87033.001   | TC MASSICCIO FACIALE SENZA E CON MDC [massellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]   |                          |
|      | 87.03.5                       | TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]   | 86.10    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87035.001   | TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]   |                          |
|      | 87.03.6                       | TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]   | 138.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87036.001   | TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo punto cerebellare]   |                          |
|      | 87.03.7                       | TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A  | 86.10    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87037.001   | TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A  |                          |
|      | 87.03.8                       | TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D  | 138.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87038.001   | TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D  |                          |
|      | 87.03.8                       | TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D  | 138.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87038.002   | TC COLLO SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 87.03.9                       | TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCALIO TC]   | 147.00   |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87039.001   | TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCALIO TC]   |                          |
|      | 87.05                         | DACRIOCISTOGRAFIA   | 85.20    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87050.001   | DACRIOCISTOGRAFIA   |                          |
| H    | 87.06                         | FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto   | 30.45    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87060.001   | FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto   |                          |
|      | 87.06.1                       | RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto  | 54.70    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87061.001   | RX GHIANDOLE SALIVARI DX CON MDC (SCIALOGRAFIA)   |                          |
|      | 87.06.1                       | RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto  | 54.70    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87061.002   | RX GHIANDOLE SALIVARI SX CON MDC (SCIALOGRAFIA)   |                          |
|      | 87.09.1                       | RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari   | 15.20    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87091.001   | RX ESAME DIRETTO DEL LARINGE  |                          |
|      | 87.09.1                       | RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari   | 15.20    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87091.002   | RX ESAME DIRETTO DEL RINOFARINGE  |                          |
|      | 87.09.1                       | RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari   | 15.20    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87091.003   | RX ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI   |                          |
|      | 87.09.1                       | RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari   | 15.20    |             | 08              | Diagnostica per immagini  |                 |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87091.004   | RX ESAME DIRETTO TESSUTI MOLLI DEL COLLO  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 87.09.1                       | RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari   | 15,20   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87091.005                 | RX ESAME DIRETTO TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA   |                          |
|      | 87.09.2                       | RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione  | 66,60   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87092.001                 | RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione  |                          |
|      | 87.11.2                       | RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore   | 9,30    | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87112.001                 | RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE SUPERIORE  |                          |
|      | 87.11.2                       | RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore   | 9,30    | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87112.002                 | RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE INFERIORE  |                          |
|      | 87.11.3                       | ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)  | 20,65   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 17              | Odontostomatologia   |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87113.001                 | ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)  |                          |
|      | 87.12.1                       | TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica  | 10,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87121.001                 | TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica  |                          |
|      | 87.12.2                       | RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.78.5)  | 6,20    | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 17              | Odontostomatologia   |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87122.001                 | RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.78.5)  |                          |
|      | 87.16.3                       | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  | 26,85   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87163.001                 | RX DIRETTA ATM CON STRATIGRAFIA MONOLATERALE DX   |                          |
|      | 87.16.3                       | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  | 26,85   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87163.002                 | RX DIRETTA ATM CON STRATIGRAFIA MONOLATERALE SX   |                          |
|      | 87.16.3                       | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  | 26,85   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87163.003                 | RX STRATIGRAFIA ATM DX  |                          |
|      | 87.16.3                       | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  | 26,85   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87163.004                 | RX STRATIGRAFIA ATM SX  |                          |
|      | 87.16.4                       | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  | 44,40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87164.001                 | STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica  |                          |
|      | 87.16.6                       | RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE  | 14,95   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87166.001                 | RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE  |                          |
|      | 87.16.7                       | RX EMIMANDIBOLA   | 14,95   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87167.001                 | RX EMIMANDIBOLA   |                          |
|      | 87.17.3                       | CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI  | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87173.001                 | CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI  |                          |
|      | 87.17.4                       | RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento  | 22,20   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87174.001                 | RX CRANIO (3P)  |                          |
|      | 87.17.4                       | RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento  | 22,20   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87174.002                 | RX CRANIO PER SENI PARANASALI   |                          |
|      | 87.22                         | RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico  | 18,05   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87220.001                 | RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico  |                          |
|      | 87.23                         | RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico  | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87230.001                 | RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico  |                          |
|      | 87.23.6                       | RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in L della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA  | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87236.001                 | RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in L della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA  |                          |
|      | 87.24                         | RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico   | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87240.001                 | RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico   |                          |
|      | 87.24.6                       | RX STANDARD SACROCCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)  | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87246.001                 | RX STANDARD SACROCCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)  |                          |
|      | 87.24.7                       | RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in L della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a RX standard sacroccocigie (87.24.6) | 17,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87247.001                 | RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in L della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a RX standard sacroccocigie (87.24.6) |                          |
|      | 87.29                         | RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)   | 34,60   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87290.001                 | RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)   |                          |
|      | 87.35                         | GALATTOGRAFIA   DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA  MONOLATERALE   | 68,15   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87350.001                 | GALATTOGRAFIA MONOLATERALE DX   |                          |
|      | 87.35                         | GALATTOGRAFIA   DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA  MONOLATERALE   | 68,15   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87350.002                 | GALATTOGRAFIA MONOLATERALE SX   |                          |
|      | 87.37.1                       | MAMMOGRAFIA BILATERALE  | 40,00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87371.001                 | MAMMOGRAFIA BILATERALE  |                          |
|      | 87.37.2                       | MAMMOGRAFIA MONOLATERALE  | 26,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87372.001                 | RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX  |                          |
|      | 87.37.2                       | MAMMOGRAFIA MONOLATERALE  | 26,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87372.002                 | RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX  |                          |
|      | 87.41                         | TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E   | 89,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87410.001                 | TC DEL TORACE   |                          |
|      | 87.41                         | TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E   | 89,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87410.002                 | TC DEL TORACE HR  |                          |
|      | 87.41.1                       | TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E   | 142,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87411.001                 | ANGIO TC DEL TORACE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 87.41.1                       | TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E   | 142,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87411.002                 | TC DEL TORACE, SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 87.42.4                       | TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)  | 89,30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87424.001                 | TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)  |                          |
|      | 87.42.5                       | TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87425.001                 | TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)  |                          |
|      | 87.42.6                       | TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)   | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87426.001                 | TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)   |                          |
|      | 87.43.1                       | RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale  | 24,25   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87431.001                 | RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale  |                          |
|      | 87.43.3                       | RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE   | 18,75   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87433.001                 | RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE   |                          |
|      | 87.43.4                       | RX DELLO STERNO   | 18,75   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87434.001                 | RX DELLO STERNO   |                          |
|      | 87.43.5                       | RX DELLA CLAVICOLA  | 21,20   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87435.001                 | RX DELLA CLAVICOLA  |                          |
|      | 87.44.1                       | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale  | 15,45   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87441.001                 | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale  |                          |
|      | 87.54.1                       | COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto  | 55,80   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87541.001                 | COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto  |                          |
|      | 87.61                         | RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE  | 70,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87610.001                 | RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE  |                          |
|      | 87.62                         | RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)  | 50,10   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87620.001                 | RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)  |                          |
|      | 87.62.1                       | RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO   | 37,40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87621.001                 | RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO   |                          |
|      | 87.62.2                       | RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)   | 47,25   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87622.001                 | RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)   |                          |
|      | 87.62.3                       | RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)  | 59,35   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87623.001                 | RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)  |                          |
|      | 87.63                         | STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO   | 45,45   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87630.001                 | RX STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE CON MDC SINGOLO  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 87.63                         | STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO   | 45,45   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87630.002                 | RX TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE   |                          |
|      | 87.64.1                       | TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE  | 29,95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87641.001                 | TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE  |                          |
|      | 87.65.1                       | CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE  | 51,65   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87651.001                 | RX CLISMA DEL COLON CON MDC IDROSOLUBILE   |                          |
|      | 87.65.1                       | CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE  | 51,65   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87651.002                 | RX CLISMA DEL COLON O DEL TENUE PER VIA TRANSISTOMICA  |                          |
|      | 87.65.2                       | CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO  | 91,65   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87652.001                 | CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO  |                          |
|      | 87.65.3                       | CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enterocicli)  | 140,95  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87653.001                 | CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enterocicli)  |                          |
|      | 87.69.2                       | ANSOGRAMMA COILOCO PER ATRESIA ANORETTALE  | 63,25   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87692.001                 | ANSOGRAMMA COILOCO PER ATRESIA ANORETTALE  |                          |
|      | 87.69.3                       | DEFECOGRAFIA   | 63,25   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87693.001                 | DEFECOGRAFIA   |                          |
|      | 87.69.4                       | ENTEROCOLOPOCISTODEFECOGRAFIA  | 84,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87694.001                 | ENTEROCOLOPOCISTODEFECOGRAFIA  |                          |
|      | 87.73                         | UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale   | 89,35   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87730.001                 | UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale   |                          |
|      | 87.74.1                       | PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto  | 68,65   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87741.001                 | RX PIELOGRAFIA MONOLATERALE DX   |                          |
|      | 87.74.1                       | PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto  | 68,65   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87741.002                 | RX PIELOGRAFIA MONOLATERALE SX   |                          |
|      | 87.74.2                       | PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto  | 91,90   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87742.001                 | PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto  |                          |
|      | 87.75.1                       | PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto   | 43,35   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87751.001                 | RX PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE DX   |                          |
|      | 87.75.1                       | PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto   | 43,35   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87751.002                 | RX PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE SX   |                          |
|      | 87.76                         | CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE  | 66,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87760.001                 | CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE  |                          |
|      | 87.76.1                       | CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE   | 53,70   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87761.001                 | CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE   |                          |
|      | 87.79.1                       | URETROGRAFIA RETROGRADA  | 43,90   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87791.001                 | URETROGRAFIA RETROGRADA  |                          |
|      | 87.79.2                       | ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]  | 68,00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87792.001                 | ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]  |                          |
|      | 87.83                         | ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1  | 108,45  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87830.001                 | ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1  |                          |
|      | 87.83.1                       | ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)  | 60,55   | 20          | 08              | Ostetricia e ginecologia | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87831.001                 | ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)  |                          |
|      | 87.83.2                       | ISTEROSONOGRAFIA [Idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)  | 46,00   | 20          | 08              | Ostetricia e ginecologia | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 87832.001                 | ISTEROSONOGRAFIA [Idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)  |                          |
|      | 88.01.1                       | TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C   | 91,40   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88011.001                 | TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C   |                          |
|      | 88.01.2                       | TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9  | 145,90  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88012.001                 | TC ADDOME SUP. SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.01.2                       | TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9  | 145,90  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88012.002                 | ANGIO TC ADDOME SUP. SENZA E CON MDC (COMP AORTA ADDOMINALE)   |                          |
|      | 88.01.3                       | TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C  | 91,40   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88013.001                 | TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C  |                          |
|      | 88.01.4                       | TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9  | 145,90  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88014.001                 | ANGIO TC ADDOME INF. SENZA E CON MDC (COMP ART LIAICHE)  |                          |
|      | 88.01.4                       | TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9  | 145,90  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88014.002                 | TC ADDOME INF. SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.01.5                       | TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C   | 119,20  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88015.001                 | TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C   |                          |
|      | 88.01.6                       | TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9  | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88016.001                 | TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 88.01.6                       | TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9  | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88016.002                 | TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER COLONSOPIA VIRTUALE  |                          |
|      | 88.01.6                       | TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9  | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88016.003                 | TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER URO-TC   |                          |
|      | 88.01.6                       | TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9  | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88016.004                 | ANGIO TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 88.01.7                       | TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)   | 166,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88017.001                 | TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)   |                          |
|      | 88.01.8                       | TC [CLISMA TC] TENUE (con enterocicli). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)  | 190,40  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88018.001                 | TC [CLISMA TC] TENUE (con enterocicli). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)  |                          |
|      | 88.01.9                       | TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6) | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88019.001                 | TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6) |                          |
|      | 88.02.1                       | TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)                       | 181,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88021.001                 | TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)                       |                          |
|      | 88.03.2                       | FISTOLOGRAFIA  | 54,20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88032.001                 | FISTOLOGRAFIA  |                          |
|      | 88.19                         | RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]  | 19,35   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88190.001                 | RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]  |                          |
|      | 88.21.1                       | RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVARE  | 17,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88211.001                 | RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVARE  |                          |
|      | 88.21.2                       | RX DELLA SPALLA  | 17,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88212.001                 | RX DELLA SPALLA  |                          |
|      | 88.21.3                       | RX DEL BRACCIO   | 17,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88213.001                 | RX DEL BRACCIO   |                          |
|      | 88.22.1                       | RX DEL GOMITO  | 14,95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88221.001                 | RX DEL GOMITO  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 88.22.2                       | RX DELL'AVAMBRACCIO   | 14,95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88222.001                 | RX DELL'AVAMBRACCIO   |                          |
|      | 88.23.1                       | RX DEL POLSO  | 14,20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88231.001                 | RX DEL POLSO  |                          |
|      | 88.23.2                       | RX DELLA MANO comprese le dita  | 14,20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88232.001                 | RX DELLA MANO comprese le dita  |                          |
|      | 88.26.1                       | RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE   | 17,55   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88261.001                 | RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE   |                          |
|      | 88.26.2                       | RX DELL'ANCA  | 17,55   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88262.001                 | RX DELL'ANCA  |                          |
|      | 88.27.1                       | RX DEL FEMORE   | 21,15   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88271.001                 | RX DEL FEMORE   |                          |
|      | 88.27.2                       | RX DEL GINOCCHIO  | 21,15   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88272.001                 | RX DEL GINOCCHIO  |                          |
|      | 88.27.3                       | RX DELLA GAMBA  | 21,15   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88273.001                 | RX DELLA GAMBA  |                          |
|      | 88.28.1                       | RX DELLA CAVIGLIA   | 17,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88281.001                 | RX DELLA CAVIGLIA   |                          |
|      | 88.28.2                       | RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita  | 17,80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88282.001                 | RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita  |                          |
|      | 88.29.1                       | RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO  | 30,20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88291.001                 | RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO  |                          |
|      | 88.29.3                       | STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica   | 26,30   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88293.001                 | STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica   |                          |
|      | 88.31                         | RX DELLO SCHELETRO IN TUTTO [RX scheletro per patologia sistemica]  | 90,35   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88310.001                 | RX DELLO SCHELETRO IN TUTTO [RX scheletro per patologia sistemica]  |                          |
| R    | 88.31.1                       | RX COMPLETA DEL LATTANTE  | 22,45   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88311.001                 | RX COMPLETA DEL LATTANTE  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.001                 | RX ARTROGRAFIA CAVIGLIA DX  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.002                 | RX ARTROGRAFIA CAVIGLIA SX  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.003                 | RX ARTROGRAFIA GINOCCHIO DX   |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.004                 | RX ARTROGRAFIA GINOCCHIO SX   |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.005                 | RX ARTROGRAFIA GOMITO DX  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.006                 | RX ARTROGRAFIA GOMITO SX  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.007                 | RX ARTROGRAFIA POLSO DX   |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.008                 | RX ARTROGRAFIA POLSO SX   |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.009                 | RX ARTROGRAFIA SPALLA DX  |                          |
| R    | 88.32                         | ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94  | 82,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88320.010                 | RX ARTROGRAFIA SPALLA SX  |                          |
| H    | 88.33.1                       | STUDIO DELL'ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]  | 12,10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88331.001                 | STUDIO DELL'ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]  |                          |
|      | 88.38.5                       | TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A   | 89,50   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88385.001                 | TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A   |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.001                 | ARTRO TC GOMITO DX  |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.002                 | ARTRO TC GOMITO SX  |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.003                 | ARTRO TC SPALLA DX  |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.004                 | ARTRO TC SPALLA SX  |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.005                 | ARTRO-TC GINOCCHIO DX   |                          |
|      | 88.38.8                       | ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio   | 156,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88388.006                 | ARTRO-TC GINOCCHIO SX   |                          |
|      | 88.38.9                       | TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, ADDOME. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F | 327,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88389.001                 | TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, ADDOME. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F |                          |
|      | 88.39.1                       | LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO  | 15,45   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88391.001                 | LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO  |                          |
|      | 88.39.2                       | TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)   | 85,00   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88392.001                 | TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)   |                          |
|      | 88.39.3                       | TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)                             | 85,00   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88393.001                 | TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)                             |                          |
|      | 88.39.4                       | TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  | 85,00   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88394.001                 | TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  |                          |
|      | 88.39.5                       | TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)  | 85,00   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88395.001                 | TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)  |                          |
|      | 88.39.6                       | TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  | 89,50   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88396.001                 | TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  |                          |
|      | 88.39.7                       | TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)   | 89,50   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88397.001                 | TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)   |                          |
|      | 88.39.8                       | TC DI GINOCCHIO E GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  | 89,50   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88398.001                 | TC DI GINOCCHIO E GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)  |                          |
|      | 88.39.9                       | TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)  | 89,50   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88399.001                 | TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)  |                          |
|      | 88.41.1                       | ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)  | 162,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88411.001                 | ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)  |                          |
|      | 88.41.2                       | ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)  | 162,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88412.001                 | ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)  |                          |
|      | 88.41.3                       | ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2   | 175,10  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88413.001                 | ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2   |                          |
| H    | 88.42.1                       | AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici   | 288,85  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88421.001                 | AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici   |                          |
| H    | 88.42.2                       | AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell'aorta addominale  | 292,80  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88422.001                 | AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell'aorta addominale  |                          |
|      | 88.43                         | ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE  | 162,70  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88430.001                 | ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE  |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3     | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 88.44.1                       | ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)   | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88441.001                 | ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)  |                          |
|      | 88.45                         | ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88450.001                 | ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)   |                          |
|      | 88.45.1                       | ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88451.001                 | ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)   |                          |
|      | 88.47.1                       | ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88471.001                 | ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)   |                          |
|      | 88.47.2                       | ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)   | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88472.001                 | ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)   |                          |
|      | 88.47.3                       | ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)  | 211,50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88473.001                 | ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)   |                          |
| H    | 88.48                         | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE  | 299,75  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88480.001                 | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE ARTO INFERIORE DX   |                          |
| H    | 88.48                         | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE  | 299,75  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88480.002                 | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE ARTO INFERIORE SX   |                          |
|      | 88.48.1                       | ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88481.001                 | ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)   |                          |
| H    | 88.49.1                       | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO SUPERIORE  | 299,75  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88491.001                 | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO SUPERIORE   |                          |
|      | 88.49.2                       | ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI  | 162,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88492.001                 | ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI   |                          |
| H    | 88.63.1                       | CAVOGRAFIA SUPERIORE  | 259,15  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88631.001                 | CAVOGRAFIA SUPERIORE   |                          |
|      | 88.63.2                       | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO SUPERIORE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88632.001                 | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE ARTO SUPERIORE DX   |                          |
|      | 88.63.2                       | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO SUPERIORE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88632.002                 | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE ARTO SUPERIORE SX   |                          |
| H    | 88.65.1                       | CAVOGRAFIA INFERIORE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88651.001                 | CAVOGRAFIA INFERIORE   |                          |
|      | 88.65.2                       | FLEBOGRAFIA RENALE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88652.001                 | FLEBOGRAFIA RENALE DX  |                          |
|      | 88.65.2                       | FLEBOGRAFIA RENALE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88652.002                 | FLEBOGRAFIA RENALE SX  |                          |
|      | 88.65.4                       | FLEBOGRAFIA SPERMATICA  | 256,65  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88654.001                 | FLEBOGRAFIA SPERMATICA   |                          |
|      | 88.66.1                       | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88661.001                 | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE ARTO INFERIORE DX   |                          |
|      | 88.66.1                       | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE  | 246,35  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88661.002                 | FLEBOGRAFIA MONOLATERALE ARTO INFERIORE SX   |                          |
|      | 88.66.2                       | FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI   | 285,05  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88662.001                 | FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI  |                          |
|      | 88.71.1                       | ECODOPPLEROGRAFIA. Ecografia transfontanelare   | 31,25   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 15              | Neurologia               | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                      |                 |                      | 88711.001                 | ECODOPPLEROGRAFIA. Ecografia transfontanelare  |                          |
|      | 88.71.2                       | STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica  | 45,95   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 15              | Neurologia               | 05              | Chirurgia vascolare      |                 |                      |                 |                      | 88712.001                 | STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale: dopo prova fisica o farmacologica  |                          |
|      | 88.71.3                       | ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO  | 49,05   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 15              | Neurologia               | 05              | Chirurgia vascolare      |                 |                      |                 |                      | 88713.001                 | ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO   |                          |
|      | 88.71.4                       | ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratirodi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratirodi. | 28,40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia           | 03              | Chirurgia generale       |                 |                      |                 |                      | 88714.001                 | ECOGRAFIA COLLO  |                          |
|      | 88.71.4                       | ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratirodi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratirodi. | 28,40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia           | 03              | Chirurgia generale       |                 |                      |                 |                      | 88714.002                 | ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI  |                          |
|      | 88.71.4                       | ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratirodi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratirodi. | 28,40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia           | 03              | Chirurgia generale       |                 |                      |                 |                      | 88714.003                 | ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI  |                          |
|      | 88.71.5                       | ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO   | 33,00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88715.001                 | ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO  |                          |
|      | 88.71.6                       | MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]  | 46,95   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88716.001                 | MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]   |                          |
|      | 88.72.2                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)  | 60,15   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88722.001                 | ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO   |                          |
|      | 88.72.2                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)  | 60,15   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88722.002                 | ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA  |                          |
| H    | 88.72.3                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)  | 66,00   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88723.001                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)   |                          |
| H    | 88.72.4                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA. Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIATINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)   | 77,45   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88724.001                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA   |                          |
| H    | 88.72.4                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA. Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIATINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)   | 77,45   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88724.002                 | ECOCOLORDOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGEO   |                          |
|      | 88.72.5                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE   | 41,30   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88725.001                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE  |                          |
| R    | 88.72.6                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)                         | 63,25   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88726.001                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)                        |                          |
| H R  | 88.72.7                       | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo (88.72.6)  | 76,55   | 02          | Cardiologia     | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88727.001                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo (88.72.6) |                          |
|      | 88.73.1                       | ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella  | 42,65   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88731.001                 | ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella   |                          |
|      | 88.73.2                       | ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella  | 21,15   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88732.001                 | ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella   |                          |
|      | 88.73.3                       | ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario   | 35,85   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 22              | Pneumologia              |                 |                          |                 |                      |                 |                      | 88733.001                 | ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2     | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3             | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 88.73.5                       | ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anionimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   | 43.90   | 02          | 08              | Cardiologia              | 08              | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88735.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER TSA A RIPOSO   |                          |
|      | 88.73.5                       | ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anionimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   | 43.90   | 02          | 08              | Cardiologia              | 08              | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88735.002                 | ECOCOLOR/DOPPLER TSA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA  |                          |
|      | 88.73.6                       | ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anionime  | 47.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 08              | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88736.001                 | ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anionime   |                          |
|      | 88.73.7                       | ECOCOLOR/DOPPLER PARATIROIDI   | 37.00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia           |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88737.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER PARATIROIDI  |                          |
| H    | 88.73.8                       | ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)   | 51.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88738.001                 | ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECOCOLOR/DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)  |                          |
|      | 88.74.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovrambolicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K | 44.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88741.001                 | ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE  |                          |
|      | 88.74.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovrambolicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K | 44.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88741.002                 | ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI  |                          |
|      | 88.74.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovrambolicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K | 44.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88741.003                 | STUDIO ECOGRAFICO REFLUSSO GASTROESOFAGEO   |                          |
|      | 88.74.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovrambolicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K | 44.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        | 05              | Chirurgia vascolare              |                 |                      |                 |                      | 88741.004                 | STUDIO ECOGRAFICO TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO   |                          |
|      | 88.74.6                       | STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Color Doppler se necessario  | 46.00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88746.001                 | STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.74.7                       | STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Color Doppler se necessario  | 37.55   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88747.001                 | STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.74.8                       | ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: Color Doppler se necessario  | 26.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88748.001                 | ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: Color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.74.9                       | ECOCOLOR/DOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi   | 45.00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 13              | Nefrologia               | 25              | Urologia                         |                 |                      |                 |                      | 88749.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi  |                          |
|      | 88.75.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschili o femminili ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6  | 37.80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88751.001                 | ECOGRAFIA ADDOME INF  |                          |
|      | 88.75.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschili o femminili ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6  | 37.80   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia                 |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88751.002                 | ECOGRAFIA ADDOME INF CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINIZIONALE (RPM)   |                          |
|      | 88.76.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1  | 61.20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88761.001                 | ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO   |                          |
|      | 88.76.1                       | ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1  | 61.20   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88761.002                 | ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESICIA)   |                          |
|      | 88.76.3                       | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali  | 35.00   | 05          | 08              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88763.001                 | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali   |                          |
|      | 88.76.4                       | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali  | 72.30   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88764.001                 | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali   |                          |
|      | 88.76.5                       | ECOCOLOR/DOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1   | 34.00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88765.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1  |                          |
|      | 88.76.6                       | ECOCOLOR/DOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1  | 62.00   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88766.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1   |                          |
|      | 88.77.4                       | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi  | 47.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini         | 09              | Endocrinologia       |                 |                      | 88774.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   |                          |
|      | 88.77.5                       | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi  | 48.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini         |                 |                      |                 |                      | 88775.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   |                          |
|      | 88.77.6                       | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi  | 43.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini         | 09              | Endocrinologia       |                 |                      | 88776.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   |                          |
|      | 88.77.7                       | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi  | 43.00   | 02          | 08              | Cardiologia              | 05              | Chirurgia vascolare      | 08              | Diagnostica per immagini         |                 |                      |                 |                      | 88777.001                 | ECOCOLOR/DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Includa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi   |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.001                 | ECOGRAFIA GRAVIDANZA (1 TRIMESTRE)  |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.002                 | ECOGRAFIA GRAVIDANZA (2 TRIMESTRE)  |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.003                 | ECOGRAFIA GRAVIDANZA (3 TRIMESTRE)  |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.004                 | ECOGRAFIA OSTETRICA   |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.005                 | ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA   |                          |
|      | 88.78                         | ECOGRAFIA OSTETRICA  | 30.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88780.006                 | ECOGRAFIA TRANSLUCENZA NUCALE   |                          |
|      | 88.78.1                       | MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1, Ecografia ginecologica 88.78.2  | 151.20  | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88781.001                 | MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1, Ecografia ginecologica 88.78.2   |                          |
|      | 88.78.2                       | ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2  | 30.95   | 19          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88782.001                 | ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2 |                          |
| R    | 88.78.3                       | ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE   | 68.95   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88783.001                 | ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE  |                          |
| R    | 88.78.4                       | ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6  | 30.95   | 20          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88784.001                 | ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6   |                          |
|      | 88.78.5                       | FLUSSIMETRIA (ECOCOLOR/DOPPLER FETOPLACENTARE) Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi  | 50.10   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88785.001                 | FLUSSIMETRIA (ECOCOLOR/DOPPLER FETOPLACENTARE) Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi   |                          |
| R    | 88.78.6                       | ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucleare. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare (88.78.4)   | 30.95   | 21          | 08              | Diagnostica per immagini | 20              | Ostetricia e ginecologia |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88786.001                 | ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucleare. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare (88.78.4)  |                          |
|      | 88.79.1                       | ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione color Doppler   | 28.40   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                          |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88791.001                 | ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione color Doppler  |                          |
|      | 88.79.2                       | ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO  | 32.50   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 19              | Ortopedia                |                 |                                  |                 |                      |                 |                      | 88792.001                 | ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEDARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Includa eventuale integrazione color Doppler   | 28.40   | 08          | 08              | Diagnostica per immagini | 19              | Ortopedia                | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      | 88793.001                 | ECOGRAFIA ANCA DX   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2             | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.002                 | ECOGRAFIA ANCA SX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.003                 | ECOGRAFIA CAVIGLIA DX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.004                 | ECOGRAFIA CAVIGLIA SX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.005                 | ECOGRAFIA GINOCCHIO DX  |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.006                 | ECOGRAFIA GINOCCHIO SX  |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.007                 | ECOGRAFIA GOMITO DX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.008                 | ECOGRAFIA GOMITO SX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.009                 | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA  |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.010                 | ECOGRAFIA POLSO DX  |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.011                 | ECOGRAFIA POLSO SX  |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.012                 | ECOGRAFIA SPALLA DX   |                          |
|      | 88.79.3                       | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler   | 28,40   | 08          | 19              | Ortopedia            | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88793.013                 | ECOGRAFIA SPALLA SX   |                          |
|      | 88.79.5                       | ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)  | 30,95   | 08          | 25              | Urologia             |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88795.001                 | ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)   |                          |
|      | 88.79.6                       | ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1   | 30,95   | 08          | 25              | Urologia             | 09              | Endocrinologia                   |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88796.001                 | ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1  |                          |
|      | 88.79.8                       | ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1) | 43,35   | 08          | 25              | Urologia             |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88798.001                 | ECOGRAFIA TRANSRETTALE PER PROSTATA   |                          |
|      | 88.79.8                       | ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1) | 43,35   | 08          | 25              | Urologia             |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88798.002                 | ECOGRAFIA TRANSRETTALE  |                          |
|      | 88.79.9                       | ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: color Doppler se necessario  | 37,80   | 08          | 03              | Chirurgia generale   |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88799.001                 | ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.91.1                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 191,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88911.001                 | RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE   |                          |
|      | 88.91.1                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 191,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88911.002                 | RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO   |                          |
|      | 88.91.1                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 191,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88911.003                 | RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO   |                          |
|      | 88.91.2                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 284,60  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88912.001                 | RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.91.2                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 284,60  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88912.002                 | RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.91.2                       | RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 284,60  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88912.003                 | RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.91.5                       | ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO   | 212,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88915.001                 | ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO  |                          |
|      | 88.91.6                       | RM DEL COLLO [laringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 138,10  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88916.001                 | RM DEL COLLO [laringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.91.7                       | RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [laringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM                                     | 215,20  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88917.001                 | RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [laringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM                        |                          |
|      | 88.91.8                       | ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO   | 212,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88918.001                 | ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO  |                          |
|      | 88.92                         | RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 133,20  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88920.001                 | RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.92.1                       | RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 208,40  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88921.001                 | RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.92.2                       | ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO   | 212,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88922.001                 | ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO  |                          |
|      | 88.92.3                       | CINE RM DEL CUORE  | 138,10  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88923.001                 | CINE RM DEL CUORE   |                          |
|      | 88.92.4                       | CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC  | 215,20  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88924.001                 | CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.92.5                       | CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale   | 267,70  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88925.001                 | CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale  |                          |
|      | 88.92.9                       | RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC   | 215,20  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88929.001                 | RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 88.93.2                       | RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)  | 133,20  | 22          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88932.001                 | RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)   |                          |
|      | 88.93.3                       | RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)  | 133,20  | 22          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88933.001                 | RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)   |                          |
|      | 88.93.4                       | RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)   | 133,20  | 22          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88934.001                 | RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)  |                          |
|      | 88.93.5                       | RM DEL RACHIDE SACROCCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)   | 133,20  | 22          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88935.001                 | RM DEL RACHIDE SACROCCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM (88.93.6)  |                          |
|      | 88.93.6                       | RM DELLA COLONNA IN TOTUM. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCCOCCIGEO (88.93.5)              | 133,20  | 23          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88936.001                 | RM DELLA COLONNA IN TOTUM. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCCOCCIGEO (88.93.5) |                          |
|      | 88.93.7                       | RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)  | 208,40  | 24          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88937.001                 | RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)   |                          |
|      | 88.93.8                       | RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)  | 208,40  | 24          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88938.001                 | RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)   |                          |
|      | 88.93.9                       | RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)  | 208,40  | 24          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88939.001                 | RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTUM SENZA E CON MDC (88.93.8)   |                          |
|      | 88.94                         | ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato  | 145,50  | 08          |                 |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88940.001                 | ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato   |                          |
|      | 88.94.4                       | RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133,20  | 26          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88944.001                 | RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.5                       | RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133,20  | 26          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88945.001                 | RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   |                          |
|      | 88.94.6                       | RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133,20  | 26          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88946.001                 | RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.7                       | RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133,20  | 26          | 08              |                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88947.001                 | RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |

## ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 88.94.8                       | RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133.20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88948.001                 | RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   |                          |
|      | 88.94.9                       | RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133.20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88949.001                 | RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.95.1                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C  | 138.10  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88951.001                 | RM ADDOME SUPERIORE   |                          |
|      | 88.95.1                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C  | 138.10  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88951.002                 | RM ADDOME SUPERIORE PER COLANGIO RM   |                          |
|      | 88.95.1                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C  | 138.10  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88951.003                 | RM ADDOME SUPERIORE PER PIELO-RM  |                          |
|      | 88.95.2                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C  | 215.20  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88952.001                 | RM ADDOME SUPERIORE (SENZA E CON MDC)   |                          |
|      | 88.95.2                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C  | 215.20  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88952.002                 | RM ADDOME SUPERIORE (SENZA E CON MDC) PER COLANGIO- RM  |                          |
|      | 88.95.2                       | RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C  | 215.20  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88952.003                 | RM ADDOME SUPERIORE (SENZA E CON MDC) PER PIELO- RM   |                          |
|      | 88.95.3                       | ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE  | 212.50  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88953.001                 | ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE  |                          |
|      | 88.95.4                       | RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C  | 138.10  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88954.001                 | RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C  |                          |
|      | 88.95.5                       | RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C   | 215.20  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88955.001                 | RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C   |                          |
|      | 88.95.6                       | ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE  | 212.50  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88956.001                 | ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE  |                          |
|      | 88.95.7                       | ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC  | 329.40  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88957.001                 | ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC  |                          |
|      | 88.95.8                       | RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 138.10  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88958.001                 | RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.95.9                       | RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)   | 215.20  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88959.001                 | RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)   |                          |
|      | 88.97.2                       | RM DIFFUSIONE. Incluso: tensore di diffusione. Incluso: Esame di base   | 212.50  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88972.001                 | RM DIFFUSIONE. Incluso: tensore di diffusione. Incluso: Esame di base   |                          |
|      | 88.97.4                       | RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base  | 212.50  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88974.001                 | RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base  |                          |
|      | 88.97.6                       | RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base   | 212.50  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88976.001                 | RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base   |                          |
|      | 88.97.8                       | RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base   | 329.40  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88978.001                 | RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base   |                          |
|      | 88.97.9                       | RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5) | 182.30  |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88979.001                 | RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5) |                          |
|      | 88.99.3                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY   | 43.35   | 29          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88993.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY   |                          |
|      | 88.99.4                       | DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE  | 79.70   |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88994.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE  |                          |
|      | 88.99.5                       | DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI   | 17.55   |             | 08              | Diagnostica per immagini | 09              | Endocrinologia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88995.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI   |                          |
|      | 88.99.6                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE  | 31.50   | 29          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88996.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE  |                          |
|      | 88.99.7                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE   | 31.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88997.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE   |                          |
|      | 88.99.8                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE   | 31.50   |             | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 88998.001                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.001                  | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.002                  | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.003                  | VISITA DI CONTROLLO DI MEDICINA TRASFUSIONALE   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.004                  | VISITA DI CONTROLLO EMATOLOGICA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.005                  | VISITA DI CONTROLLO GERIATRICA  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.006                  | VISITA DI CONTROLLO INFETTIVOLOGICA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.007                  | VISITA DI CONTROLLO MEDICINA INT  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.008                  | VISITA DI CONTROLLO NEONATALE   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.009                  | VISITA DI CONTROLLO PEDIATRICA  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.010                  | VISITA DI CONTROLLO SESSUOLOGICA E STERILITA' DI COPPIA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.011                  | VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.012                  | VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PER ETILISMO CRONICO  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.013                  | VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PER FARMACODIPENDENZE   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.014                  | VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PERINATALE  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.015                  | VISITA DI CONTROLLO ALUXOLOGICA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.016                  | VISITA DI CONTROLLO PER DISIPIDEMIA / DISMETABOLISMO  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.017                  | VISITA DI CONTROLLO MONITORAGGIO FARMACI AD ALTO COSTO  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.018                  | VISITA PER DONAZIONE DI SANGUE CORDONALE  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.019                  | VISITA DI CONTROLLO IDONEITA' REGISTRO DONATORI MIDOLLO OSSEO   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.020                  | VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PER PROGRAMMA TERAPEUTICO   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate  | 17.90   | 26          | Altre           |                          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901.020                  | VISITA DI CONTROLLO COLON-PROCTOLOGICA  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1           | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2                  | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3                  | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|---------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.021                 | VISITA DI CONTROLLO CARDIOCHIRURGICA  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.022                 | VISITA DI CONTROLLO EPATOLOGICA   |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.023                 | VISITA DI CONTROLLO NUTRIZIONE CLINICA  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.024                 | VISITA DI CONTROLLO NUTRIZIONE ARTIFICIALE  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.025                 | VISITA DI CONTROLLO SENOLOGICA  |                          |
|      | 89.01                         | VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate   | 17.90   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89010.026                 | VISITA DI CONTROLLO REUMATOLOGICA   |                          |
|      | 89.01.1                       | VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO Includo: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Includo: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Includo farmaco | 17.90   | 01          | Anestesia/Analgesia       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89011.001                 | VISITA DI CONTROLLO ANESTESIOLOGICA   |                          |
|      | 89.01.1                       | VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO Includo: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Includo: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Includo farmaco | 17.90   | 01          | Anestesia/Analgesia       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89011.002                 | VISITA DI CONTROLLO ALGOLOGICA  |                          |
|      | 89.01.2                       | VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 05          | Chirurgia vascolare       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89012.001                 | VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.2                       | VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 05          | Chirurgia vascolare       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89012.002                 | VISITA DI CONTROLLO PER EMBOLEMBOLIAZIONE   |                          |
|      | 89.01.2                       | VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 05          | Chirurgia vascolare       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89012.003                 | VISITA DI CONTROLLO ANGIOSCHIRURGICA  |                          |
|      | 89.01.3                       | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG  | 17.90   | 02          | Cardiologia               |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89013.001                 | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG                           |                          |
|      | 89.01.3                       | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG  | 17.90   | 02          | Cardiologia               |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89013.002                 | VISITA DI CONTROLLO PER PERTENSIONE   |                          |
|      | 89.01.3                       | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG  | 17.90   | 02          | Cardiologia               |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89013.003                 | VISITA DI CONTROLLO TRAPIANTOLOGICA (CARDIOLOGIA)   |                          |
|      | 89.01.3                       | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG  | 17.90   | 02          | Cardiologia               |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89013.004                 | VISITA DI CONTROLLO CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE  |                          |
|      | 89.01.4                       | VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO   | 17.90   | 03          | Chirurgia generale        |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89014.001                 | VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO  |                          |
|      | 89.01.4                       | VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO   | 17.90   | 03          | Chirurgia generale        |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89014.002                 | VISITA DI CONTROLLO CHIRURGICA TORACICA   |                          |
|      | 89.01.5                       | VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 04          | Chirurgia plastica        |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89015.001                 | VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.6                       | VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO   | 17.90   | 05          | Chirurgia vascolare       |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89016.001                 | VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.001                 | VISITA DI CONTROLLO ALLERGOLOGICA NAS   |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.002                 | VISITA DI CONTROLLO ALLERGOLOGICA (PROBLEMI DERMATOLOGICI)  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.003                 | VISITA DI CONTROLLO ALLERGOLOGICA (PROBLEMI RESPIRATORI)  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.004                 | VISITA DI CONTROLLO DERMATOLOGICA   |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.005                 | VISITA DI CONTROLLO DERMATOLOGICA PER IMMUNOPATOLOGIA   |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.006                 | VISITA DI CONTROLLO DERMATOLOGICA PSORIASI  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.007                 | VISITA DI CONTROLLO DERMATOLOGICA CHIRURGICA  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.008                 | VISITA DI CONTROLLO IMMUNOLOGICA  |                          |
|      | 89.01.7                       | VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO  | 17.90   | 06          | Dermatologia/Allergologia |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89017.009                 | VISITA DI CONTROLLO DERMATOLOGICA ONCOLOGICA  |                          |
|      | 89.01.8                       | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore   | 17.90   | 09          | Endocrinologia            |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89018.001                 | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore  |                          |
|      | 89.01.8                       | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore   | 17.90   | 09          | Endocrinologia            |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89018.002                 | VISITA DI CONTROLLO DIABETOLOGICA   |                          |
|      | 89.01.8                       | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore   | 17.90   | 09          | Endocrinologia            |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89018.003                 | VISITA DI CONTROLLO DIABETOLOGIA PER DIABETE GESTAZIONALE   |                          |
|      | 89.01.8                       | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore   | 17.90   | 09          | Endocrinologia            |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89018.004                 | VISITA DI CONTROLLO PER PIEDE DIABETICO   |                          |
|      | 89.01.8                       | VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore   | 17.90   | 09          | Endocrinologia            |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89018.005                 | VISITA DI CONTROLLO OSTEOPOROSI   |                          |
|      | 89.01.9                       | VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO   | 17.90   | 10          | Gastroenterologia         |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89019.001                 | VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO  |                          |
|      | 89.01.9                       | VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO   | 17.90   | 10          | Gastroenterologia         |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89019.002                 | VISITA DI CONTROLLO TRAPIANTOLOGICA (EPATOLOGIA)  |                          |
|      | 89.02                         | VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA  | 15.00   | 26          | Altre                     |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89020.001                 | VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA   |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altre                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.001                 | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE                        |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.002                 | CONSULTO GERIATRICO AMBULATORIALE   |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.003                 | U.V.G.: VISITA COLLEGALE E STESURA PIANO DI TRATTAMENTO   |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.004                 | VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DI EQUIPE PER IL TRATTAMENTO  |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.005                 | VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DI EQUIPE PER SCLEROSI MULTIPLA   |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.006                 | VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DI EQUIPE PER IL TRATTAMENTO (LIVBR - UDM)  |                          |
|      | 89.07                         | VISITA MULTIDISCIPLINARE. Includo: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE   | 46.00   | 26          | Altro                     | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89070.007                 | CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO per compilazione scheda di valutazione funzionale assistenziale (SVAMA - SVAMD) comprensivo del test |                          |
|      | 89.12                         | RINOMANOMETRIA   | 13.90   | 21          | Otorinolaringoiatria      | 06                   | Dermatologia/Allergologia        |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89120.001                 | RINOMANOMETRIA  |                          |
|      | 89.12.1                       | RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE  | 120.00  | 21          | Otorinolaringoiatria      | 06                   | Dermatologia/Allergologia        |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89121.001                 | RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE   |                          |
|      | 89.13                         | PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA). Includo: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)   | 25.00   | 15          | Neurologia                | 14                   | Neurochirurgia                   |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89130.001                 | PRIMA VISITA MALATTIE NEUROMETABOLICHE  |                          |
|      | 89.13                         | PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA). Includo: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)   | 25.00   | 15          | Neurologia                | 14                   | Neurochirurgia                   |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89130.002                 | PRIMAVISITA NEUROLOGICA   |                          |
|      | 89.13                         | PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA). Includo: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)   | 25.00   | 15          | Neurologia                | 14                   | Neurochirurgia                   |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89130.003                 | VISITA NEUROCHIRURGICA  |                          |
|      | 89.13                         | PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA). Includo: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)   | 25.00   | 15          | Neurologia                | 14                   | Neurochirurgia                   |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89130.004                 | VISITA PER CEFALEE  |                          |
|      | 89.14                         | ELETTROENCEFALGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)  | 23.20   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89140.001                 | EEG   |                          |
|      | 89.14                         | ELETTROENCEFALGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)  | 23.20   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89140.002                 | EEG CON SENSIBILIZZAZIONE: S.L.I., IPERPNEA   |                          |
|      | 89.14.1                       | ELETTROENCEFALGRAMMA CON SONNO   | 34.85   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89141.001                 | ELETTROENCEFALGRAMMA CON SONNO  |                          |
|      | 89.14.2                       | ELETTROENCEFALGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO  | 34.85   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89142.001                 | ELETTROENCEFALGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO   |                          |
|      | 89.14.3                       | ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO (12-24 ORE)  | 44.90   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89143.001                 | ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO (12-24 ORE)   |                          |
|      | 89.14.5                       | ELETTROENCEFALGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio   | 34.85   | 15          | Neurologia                |                      |                                  |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89145.001                 | ELETTROENCEFALGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio  |                          |
|      | 89.15.1                       | POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI  | 27.80   | 15          | Neurologia                | 21                   | Otorinolaringoiatria             | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      | 89151.001                 | POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI   |                          |
|      | 89.15.2                       | POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (offattivi, trigeminali)   | 48.80   | 15          | Neurologia                | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89152.001                 | POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (offattivi, trigeminali)                                |                          |
|      | 89.15.3                       | POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore  | 34.85   | 15          | Neurologia                | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 89153.001                 | POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE DX   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2                  | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3           | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 89.15.3                       | POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore  | 34,85   | 15          | Neurologia                       | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89153.002                 | POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE SX  |                          |
|      | 89.15.3                       | POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore  | 34,85   | 15          | Neurologia                       | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89153.003                 | POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE DX  |                          |
|      | 89.15.3                       | POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore  | 34,85   | 15          | Neurologia                       | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89153.004                 | POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE SX  |                          |
|      | 89.15.4                       | POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo dermatomero  | 34,85   | 15          | Neurologia                       | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89154.001                 | POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo dermatomero  |                          |
|      | 89.15.5                       | TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica  | 55,75   | 15          | Neurologia                       |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89155.001                 | TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica  |                          |
|      | 89.15.7                       | POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento/Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)  | 46,45   | 15          | Neurologia                       |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89157.001                 | POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento/Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)  |                          |
|      | 89.17                         | POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali incluso EEG (89.14)  | 139,40  | 15          | Neurologia                       | 22                       | Pneumologia                      |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89170.001                 | POLISONNOGRAMMA  |                          |
|      | 89.17                         | POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali incluso EEG (89.14)  | 139,40  | 15          | Neurologia                       | 22                       | Pneumologia                      |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89170.002                 | POLISONNOGRAMMA DIURNO   |                          |
|      | 89.17                         | POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali incluso EEG (89.14)  | 139,40  | 15          | Neurologia                       | 22                       | Pneumologia                      |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89170.003                 | POLISONNOGRAMMA NOTTURNO   |                          |
|      | 89.17.3                       | MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO/Per studio apnee   | 139,00  | 02          | Cardiologia                      | 15                       | Neurologia                       | 22                   | Pneumologia               |                      |                 |                      |                 |                      | 89173.001                 | MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO/Per studio apnee   |                          |
|      | 89.19.1                       | ELETTROENCEFALOGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE   | 27,85   | 15          | Neurologia                       |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89191.001                 | ELETTROENCEFALOGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE   |                          |
|      | 89.19.2                       | POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE  | 51,10   | 15          | Neurologia                       |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89192.001                 | POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE  |                          |
|      | 89.24                         | ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)  | 11,60   | 25          | Urologia                         | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89240.001                 | ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)  |                          |
|      | 89.26.1                       | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89261.001                 | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  |                          |
|      | 89.26.1                       | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89261.002                 | VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA A RISCHIO  |                          |
|      | 89.26.1                       | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89261.003                 | VISITA PRECONCEZIONALE   |                          |
|      | 89.26.1                       | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89261.004                 | VISITA URO-GINECOLOGICA  |                          |
|      | 89.26.1                       | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89261.005                 | VISITA PER PROCEAZIONE MEDICAMENTE ASSISTITA   |                          |
|      | 89.26.2                       | VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4 | 17,90   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89262.001                 | VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4 |                          |
|      | 89.26.2                       | VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4 | 17,90   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89262.002                 | VISITA DI CONTROLLO URO-GINECOLOGICA   |                          |
|      | 89.26.3                       | PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA  | 25,00   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89263.001                 | PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA  |                          |
|      | 89.26.4                       | VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89264.001                 | VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO  |                          |
|      | 89.26.4                       | VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89264.002                 | CONSULENZA PRENATALE   |                          |
|      | 89.26.4                       | VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89264.003                 | CONSULENZA PRENATALE GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO  |                          |
| HR   | 89.26.5                       | VERSIONE CEFALICA ESTERNA  | 28,60   | 16          | 20                               | Ostetricia e ginecologia |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89265.001                 | VERSIONE CEFALICA ESTERNA  |                          |
|      | 89.32                         | MANOMETRIA ESOFAGEA  | 67,10   | 10          | Gastroenterologia                |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89320.001                 | MANOMETRIA ESOFAGEA  |                          |
|      | 89.32.1                       | MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore   | 92,95   | 10          | Gastroenterologia                |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89321.001                 | MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore   |                          |
|      | 89.37.1                       | SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA  | 24,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione | 22                       | Pneumologia                      | 06                   | Dermatologia/Allergologia |                      |                 |                      |                 |                      | 89371.001                 | SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA  |                          |
|      | 89.37.2                       | SPIROMETRIA GLOBALE (con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica). Non associabile a 89.37.4  | 38,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione | 22                       | Pneumologia                      |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89372.001                 | SPIROMETRIA GLOBALE (con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica). Non associabile a 89.37.4  |                          |
|      | 89.37.3                       | SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)  | 51,65   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89373.001                 | SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)  |                          |
|      | 89.37.4                       | TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco  | 37,15   | 22          | Pneumologia                      | 06                       | Dermatologia/Allergologia        |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89374.001                 | TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco  |                          |
| H    | 89.37.5                       | TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCONSTRITTORE  | 55,75   | 22          | Pneumologia                      | 06                       | Dermatologia/Allergologia        |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89375.001                 | TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCONSTRITTORE  |                          |
|      | 89.37.6                       | TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCONSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometria di controllo fino ad un massimo di 8   | 46,45   | 22          | Pneumologia                      | 06                       | Dermatologia/Allergologia        |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89376.001                 | TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCONSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometria di controllo fino ad un massimo di 8   |                          |
|      | 89.38.1                       | RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria  | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89381.001                 | RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria  |                          |
|      | 89.38.2                       | SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA  | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89382.001                 | SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA  |                          |
|      | 89.38.3                       | DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO  | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89383.001                 | DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO  |                          |
|      | 89.38.4                       | COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA  | 46,45   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89384.001                 | COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA  |                          |
|      | 89.38.5                       | DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO   | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89385.001                 | DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO   |                          |
|      | 89.38.6                       | VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma   | 69,70   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89386.001                 | VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma   |                          |
|      | 89.38.7                       | DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAPHRAMMATICHE  | 46,45   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89387.001                 | DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAPHRAMMATICHE  |                          |
|      | 89.38.8                       | TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI   | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89388.001                 | TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI   |                          |
|      | 89.38.9                       | DETERMINAZIONE DELLA P.O.I.  | 23,20   | 22          | Pneumologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89389.001                 | DETERMINAZIONE DELLA P.O.I.  |                          |
|      | 89.39.3                       | VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA  | 18,55   | 09          | Endocrinologia                   |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89393.001                 | VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA  |                          |
|      | 89.39.4                       | GUSTOMETRIA (OLFATTOMETRIA)  | 9,20    | 21          | Otorinolaringoiatria             |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89394.001                 | GUSTOMETRIA (OLFATTOMETRIA)  |                          |
|      | 89.39.6                       | OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEOERMATOSCOPIO   | 18,00   | 06          | Dermatologia/Allergologia        |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89396.001                 | OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEOERMATOSCOPIO   |                          |
|      | 89.41                         | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOEROMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9  | 51,00   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89410.001                 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOEROMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9  |                          |
|      | 89.44                         | ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO   | 55,75   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89440.001                 | ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO   |                          |
|      | 89.44                         | ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO   | 55,75   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89440.002                 | SAE STUDIO ELETTROFISIOLOGICO  |                          |
|      | 89.44.1                       | TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52), Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi  | 83,65   | 02          | Cardiologia                      | 22                       | Pneumologia                      |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89441.001                 | TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52), Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi  |                          |
|      | 89.44.2                       | TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA (WALKING TEST)  | 56,50   | 22          | Pneumologia                      | 12                       | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89442.001                 | TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA (WALKING TEST)  |                          |
|      | 89.48.1                       | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER   | 23,20   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89481.001                 | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER   |                          |
|      | 89.48.2                       | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE  | 24,95   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89482.001                 | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE  |                          |
|      | 89.50                         | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)  | 61,95   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89500.001                 | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)  |                          |
|      | 89.52                         | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)   | 11,60   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89520.001                 | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)   |                          |
|      | 89.52.1                       | ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE  | 22,00   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89521.001                 | ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE  |                          |
|      | 89.52.2                       | ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOVAGINO   | 77,00   | 02          | Cardiologia                      |                          |                                  |                      |                           |                      |                 |                      |                 |                      | 89522.001                 | ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOVAGINO   |                          |







ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 90.29.2                       | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)   |         | 1.10        | 48              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90292.001                 | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)   |                          |
|      | 90.30.2                       | LIPASI PANCREATICA   |         | 2.60        | 49              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90302.001                 | LIPASI PANCREATICA   |                          |
|      | 90.30.3                       | LIPOPROTEINA (Lp)  |         | 4.85        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90303.001                 | LIPOPROTEINA (Lp)  |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.001                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [ASCTICO]  |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.002                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [CISTICO]  |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.003                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [PERICARDICO]  |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.004                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [PERITONEALE]  |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.005                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [PLEURICO]   |                          |
|      | 90.30.4                       | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 5.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90304.006                 | LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIM FIS E MICROSCOPICO [VERSAMENTI CAVITARI]  |                          |
|      | 90.30.5                       | LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione  |         | 2.00        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90305.001                 | LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione  |                          |
|      | 90.31.1                       | LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)  |         | 10.00       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90311.001                 | LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)  |                          |
|      | 90.31.2                       | LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECTINA/SPINGOMIELINA   |         | 15.00       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90312.001                 | LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECTINA/SPINGOMIELINA   |                          |
|      | 90.31.3                       | LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS  |         | 1.05        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90313.001                 | LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS  |                          |
|      | 90.31.6                       | LIQUIDO SEMINALE (SPERMIOGRAMMA) ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) e MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica |         | 20.15       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90316.001                 | LIQUIDO SEMINALE (SPERMIOGRAMMA) ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) e MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica |                          |
|      | 90.31.7                       | LIQUIDO SEMINALE (SPERMIOGRAMMA) TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina   |         | 20.15       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90317.001                 | LIQUIDO SEMINALE (SPERMIOGRAMMA) TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina   |                          |
|      | 90.31.8                       | LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)   |         | 3.70        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90318.001                 | LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)   |                          |
|      | 90.31.9                       | BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE  |         | 10.00       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90319.001                 | BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE  |                          |
|      | 90.32.1                       | LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |         | 9.05        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90321.001                 | LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  |                          |
|      | 90.32.2                       | LITIO  |         | 9.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90322.001                 | LITIO  |                          |
|      | 90.32.4                       | LITOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriali dopo GnRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)  |         | 23.25       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90324.001                 | LITOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriali dopo GnRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)  |                          |
|      | 90.32.5                       | MAGNESIO TOTALE  |         | 1.65        | 50              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90325.001                 | MAGNESIO TOTALE (Sangue) [ER]  |                          |
|      | 90.32.5                       | MAGNESIO TOTALE  |         | 1.65        | 50              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90325.002                 | MAGNESIO TOTALE (Siero)  |                          |
|      | 90.32.5                       | MAGNESIO TOTALE  |         | 1.65        | 50              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90325.003                 | MAGNESIO TOTALE (Urine 24h)  |                          |
|      | 90.32.5                       | MAGNESIO TOTALE  |         | 1.65        | 50              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90325.004                 | MAGNESIO TOTALE (Urine)  |                          |
|      | 90.32.6                       | LISIZIAMA'S  |         | 2.35        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90326.001                 | LISIZIAMA'S  |                          |
|      | 90.33.4                       | ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]   |         | 3.40        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90334.001                 | ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]   |                          |
|      | 90.33.5                       | MIOGLOBINA   |         | 4.30        | 51              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90335.001                 | MIOGLOBINA (Siero)   |                          |
|      | 90.33.5                       | MIOGLOBINA   |         | 4.30        | 51              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90335.002                 | MIOGLOBINA (Urine)   |                          |
|      | 90.33.6                       | METANEFERINE FRAZIONATE  |         | 19.80       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90336.001                 | METANEFERINE FRAZIONATE  |                          |
|      | 90.34.2                       | NICHEL   |         | 6.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90342.001                 | NICHEL   |                          |
|      | 90.34.4                       | OLIGOLEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOLEMENTO  |         | 6.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90344.001                 | OLIGOLEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOLEMENTO  |                          |
|      | 90.34.6                       | OMOCISTEINA  |         | 11.30       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90346.001                 | OMOCISTEINA  |                          |
|      | 90.34.7                       | OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta  |         | 1.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90347.001                 | OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta  |                          |
|      | 90.34.8                       | OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1), Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.37.4)  |         | 3.85        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90348.001                 | OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1), Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.37.4)  |                          |
|      | 90.35.1                       | ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)  |         | 9.30        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90351.001                 | STH / GH (Plasma/Siero)  |                          |
|      | 90.35.1                       | ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)  |         | 9.30        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90351.002                 | STH/GH (Urine)   |                          |
|      | 90.35.1                       | ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)  |         | 9.30        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90351.003                 | SOMATOMEDINA C (IGF1) (Plasma/Siero)   |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.001                 | 17 OH-P - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )   |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.002                 | ACTH - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )  |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.003                 | CORTISOLO - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )   |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.004                 | FSH - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )   |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.005                 | GH - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )  |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.006                 | LH - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )  |                          |
|      | 90.35.2                       | ORMONI: Dosaggi seriali dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale   |         | 27.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90352.007                 | TSH - Dosaggi seriali dopo stimolo ( 5 )   |                          |
|      | 90.35.3                       | OSALATI (U)  |         | 8.35        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90353.001                 | OSALATI (U)  |                          |
|      | 90.35.4                       | OSTEOCALCINA (BGP)   |         | 17.20       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90354.001                 | OSTEOCALCINA (BGP)   |                          |
|      | 90.35.5                       | PARATORMONE (PTH). Molecola intatta  |         | 8.80        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90355.001                 | PARATORMONE (PTH). Molecola intatta  |                          |
|      | 90.35.6                       | SOMATOSTATINA  |         | 16.80       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90356.001                 | SOMATOSTATINA  |                          |
|      | 90.36.3                       | PIOMBO   |         | 6.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90363.001                 | PIOMBO (Siero)   |                          |
|      | 90.36.3                       | PIOMBO   |         | 6.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90363.002                 | PIOMBO (Urine)   |                          |
|      | 90.36.4                       | PRILVATOCINASI (PK)  |         | 31.10       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90364.001                 | PRILVATOCINASI (PK)  |                          |
|      | 90.36.5                       | POLIPETIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)  |         | 11.05       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90365.001                 | POLIPETIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)  |                          |
|      | 90.36.6                       | PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o N-proBNP)   |         | 16.55       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90366.001                 | PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o N-proBNP)   |                          |
|      | 90.37.1                       | PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE  |         | 19.40       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90371.001                 | PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE  |                          |
|      | 90.37.2                       | PORFOLINDOGENO   |         | 6.40        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90372.001                 | PORFOLINDOGENO   |                          |
|      | 90.37.3                       | POST COITAL TEST   |         | 2.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90373.001                 | POST COITAL TEST   |                          |
|      | 90.37.4                       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8  |         | 1.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90374.001                 | POTASSIO (Sangue/Eritrociti)   |                          |
|      | 90.37.4                       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8  |         | 1.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90374.002                 | POTASSIO (Siero)   |                          |
|      | 90.37.4                       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8  |         | 1.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90374.003                 | POTASSIO (Urine 24h)   |                          |
|      | 90.37.4                       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8  |         | 1.25        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90374.004                 | POTASSIO (Urine)   |                          |
|      | 90.37.6                       | PREALBUMINA  |         | 2.70        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90376.001                 | PREALBUMINA  |                          |
|      | 90.37.7                       | PROPEPTIDE AMMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)   |         | 26.55       | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90377.001                 | PROPEPTIDE AMMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)   |                          |
|      | 90.37.8                       | PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO   |         | 3.70        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90378.001                 | PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO   |                          |
|      | 90.38.1                       | PROGESTERONE   |         | 7.90        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90381.001                 | PROGESTERONE   |                          |
|      | 90.38.2                       | PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)   |         | 7.10        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90382.001                 | PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)   |                          |
|      | 90.38.4                       | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5  |         | 5.10        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90384.001                 | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5  |                          |
|      | 90.38.5                       | PROTEINE TOTALI  |         | 0.90        | 52              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90385.001                 | PROTEINE (Liquido Amniotico)   |                          |
|      | 90.38.5                       | PROTEINE TOTALI  |         | 0.90        | 52              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90385.002                 | PROTEINE (Siero)   |                          |
|      | 90.38.5                       | PROTEINE TOTALI  |         | 0.90        | 52              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90385.003                 | PROTEINE (Urine 24h)   |                          |
|      | 90.38.5                       | PROTEINE TOTALI  |         | 0.90        | 52              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90385.004                 | PROTEINE (Urine)   |                          |
|      | 90.38.8                       | MACROPROLATTINA  |         | 6.35        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90388.001                 | MACROPROLATTINA  |                          |
|      | 90.39.1                       | PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5   |         | 4.95        | 11              | 11                   | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90391.001                 | PRO  |                          |





ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 90.70.3                       | INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)   |         | 5,90        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90703.001                 | INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)   |                          |
|      | 90.71.5                       | PLASMINOGENO  |         | 5,30        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90715.001                 | PLASMINOGENO  |                          |
|      | 90.72.1                       | PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]  |         | 5,25        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90721.001                 | PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]  |                          |
|      | 90.72.2                       | PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]  |         | 5,25        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90722.001                 | PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]  |                          |
|      | 90.72.3                       | PROTEINA C REATTIVA [Quantitativa]  |         | 3,25        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90723.001                 | PROTEINA C REATTIVA [Quantitativa]  |                          |
|      | 90.72.4                       | PROTEINA S LIBERA   |         | 5,25        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90724.001                 | PROTEINA S LIBERA   |                          |
|      | 90.72.5                       | PROTEINA S TOTALE   |         | 11,15       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90725.001                 | PROTEINA S TOTALE   |                          |
|      | 90.72.6                       | PROTEINA S 100  |         | 6,45        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90726.001                 | PROTEINA S 100  |                          |
|      | 90.73.2                       | PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE  |         | 8,35        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90732.001                 | PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE  |                          |
|      | 90.74.5                       | RETICOLITI. Conteggio   |         | 5,00        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90745.001                 | RETICOLITI. Conteggio   |                          |
|      | 90.74.8                       | TEMPO DI ROTROMBINA (Reptilase)   |         | 10,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90748.001                 | TEMPO DI ROTROMBINA (Reptilase)   |                          |
|      | 90.75.4                       | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)   |         | 2,30        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90754.001                 | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)   |                          |
|      | 90.75.5                       | TEMPO DI TROMBINA (TT)  |         | 2,95        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90755.001                 | TEMPO DI TROMBINA (TT)  |                          |
|      | 90.76.1                       | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)  |         | 2,50        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90761.001                 | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)  |                          |
| R    | 90.76.2                       | TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore  |         | 4,75        | 71              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90762.001                 | TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore  |                          |
|      | 90.76.7                       | TEST DI FUNZIONALITA' PIASTRINICA (PFA)   |         | 14,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90767.001                 | TEST DI FUNZIONALITA' PIASTRINICA (PFA)   |                          |
|      | 90.77.2                       | TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA   |         | 3,65        | 72              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90772.001                 | TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA   |                          |
|      | 90.77.6                       | TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT  |         | 16,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90776.001                 | TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT  |                          |
| R    | 90.78.2                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione  |         | 98,80       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90782.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione  |                          |
| R    | 90.78.4                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione  |         | 98,80       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90784.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione  |                          |
| R    | 90.79.1                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione  |         | 98,80       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90791.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione  |                          |
| R    | 90.79.4                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.A1. Alta risoluzione   |         | 97,30       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90794.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.A1. Alta risoluzione   |                          |
| R    | 90.79.5                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.B1. Alta risoluzione   |         | 117,80      | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90795.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.B1. Alta risoluzione   |                          |
| R    | 90.80.2                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.A1. Alta risoluzione   |         | 105,30      | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90802.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DP.A1. Alta risoluzione   |                          |
| R    | 90.80.3                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione   |         | 98,80       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90803.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione   |                          |
| R    | 90.80.4                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ.B1. Alta risoluzione   |         | 105,30      | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90804.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ.B1. Alta risoluzione   |                          |
| R    | 90.81.1                       | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione   |         | 98,80       | 98              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90811.001                 | TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione   |                          |
| R    | 90.81.2                       | TIPIZZAZIONE SEROLOGICA HLA CLASSE I  |         | 89,50       | 62              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90813.001                 | TIPIZZAZIONE SEROLOGICA HLA CLASSE I  |                          |
| R    | 90.81.4                       | TIPIZZAZIONE SEROLOGICA HLA CLASSE II   |         | 89,50       | 62              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90814.001                 | TIPIZZAZIONE SEROLOGICA HLA CLASSE II   |                          |
|      | 90.82.1                       | TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)   |         | 2,85        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90821.001                 | TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)   |                          |
|      | 90.82.3                       | TROPONINA I, T  |         | 8,15        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90823.001                 | TROPONINA I, T  |                          |
|      | 90.82.5                       | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)  |         | 1,80        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90825.001                 | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)  |                          |
|      | 90.84.8                       | BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS   |         | 29,30       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90848.001                 | BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA in materiali biologici (E.I.A.)  |                          |
|      | 90.84.8                       | BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS   |         | 29,30       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90848.002                 | HELICOBACTER PYLORI RICERCA ANTIGENI CELLULARI In materiali biologici (E.I.A.)  |                          |
|      | 90.87.6                       | BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione  |         | 59,90       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90876.001                 | BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 90.87.7                       | AEROMONAS NELLE FECI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |         | 14,95       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90877.001                 | AEROMONAS NELLE FECI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.87.8                       | AMEBE A VITA LIBERA ESAME CULTURALE. Includo: esame microscopico previa colorazione specifica   |         | 25,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90878.001                 | AMEBE A VITA LIBERA ESAME CULTURALE. Includo: esame microscopico previa colorazione specifica   |                          |
|      | 90.88.2                       | BRUCELLE ANTICORPI (titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]   |         | 9,85        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90882.001                 | BRUCELLE ANTICORPI (titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]   |                          |
|      | 90.89.6                       | CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D  |         | 9,15        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90896.001                 | CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D  |                          |
|      | 90.90.3                       | CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D  |         | 32,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90903.001                 | CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D  |                          |
|      | 90.90.6                       | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione   |         | 43,70       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90906.001                 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Includo: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 90.90.7                       | CORYNEBACTERIUM DIPHTERIE ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma  |         | 24,65       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90907.001                 | CORYNEBACTERIUM DIPHTERIE ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma  |                          |
|      | 90.91.4                       | ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME CULTURALE. Includo: identificazione   |         | 25,75       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90914.001                 | ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME CULTURALE. Includo: identificazione   |                          |
|      | 90.92.6                       | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI  |         | 49,30       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90926.001                 | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI  |                          |
|      | 90.92.7                       | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   |         | 37,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90927.001                 | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   |                          |
|      | 90.93.1                       | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME CULTURALE (Cultura xenica)  |         | 8,55        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90931.001                 | ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME CULTURALE (Cultura xenica)  |                          |
|      | 90.93.2                       | ENTEROBILIUS VERMICULARIS (OSSURI) RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANEALE. Scotch test o tamponi perianale  |         | 9,85        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90932.001                 | ENTEROBILIUS VERMICULARIS (OSSURI) RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANEALE. Scotch test o tamponi perianale  |                          |
|      | 90.93.3                       | ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni   |         | 21,95       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90933.001                 | ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni   |                          |
|      | 90.93.5                       | ESAME CULTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes (Streptococcus beta emolitico gruppo A) ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma  |         | 21,20       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90935.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes (Streptococcus beta emolitico gruppo A) ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma  |                          |
|      | 90.93.6                       | ESAME CULTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharratis e altri batteri e lieviti patogeni. Includo: esame microscopico di idoneità del campione. Includo: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma                           |         | 17,25       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90936.001                 | ESAME CULTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharratis e altri batteri e lieviti patogeni. Includo: esame microscopico di idoneità del campione. Includo: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma                           |                          |
|      | 90.93.7                       | ESAME CULTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Includo: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma  |         | 18,60       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90937.001                 | ESAME CULTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Includo: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma  |                          |
|      | 90.93.8                       | ESAME CULTURALE ESSUDATO AURICOLARE Oite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |         | 13,05       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90938.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATO AURICOLARE Oite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.93.9                       | ESAME CULTURALE ESSUDATO AURICOLARE Oite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni  |         | 13,05       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90939.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATO AURICOLARE Oite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni  |                          |
|      | 90.94.1                       | ESAME CULTURALE DEL SANGUIE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antibiogramma   |         | 25,95       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90941.001                 | ESAME CULTURALE DEL SANGUIE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antibiogramma   |                          |
|      | 90.94.2                       | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Includo: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma  |         | 16,40       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90942.001                 | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Includo: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma  |                          |
|      | 90.94.3                       | ESAME CULTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Includo: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale |         | 18,35       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90943.001                 | ESAME CULTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Includo: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale |                          |
|      | 90.94.5                       | HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |         | 26,20       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90945.001                 | HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.94.6                       | FRANCISELLA TULARENSIS [TULARAEMIA] ANTICORPI   |         | 13,00       | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90946.001                 | FRANCISELLA TULARENSIS [TULARAEMIA] ANTICORPI   |                          |
|      | 90.94.7                       | GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   |         | 8,70        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90947.001                 | GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   |                          |
|      | 90.95.1                       | HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOTIPICO (Saggio mediante prova biochimica)   |         | 8,65        | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90951.001                 | HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOTIPICO (Saggio mediante prova biochimica)   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 90.95.4                       | LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma   | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90954.001                 | LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma   |                          |
|      | 90.95.5                       | LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)  | 18,80   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90955.001                 | LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)  |                          |
|      | 90.95.8                       | LEISHMANIA ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione  | 25,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90958.001                 | LEISHMANIA ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione  |                          |
|      | 90.96.1                       | LEISHMANIA ANTICORPI   | 16,90   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90961.001                 | LEISHMANIA ANTICORPI   |                          |
|      | 90.96.2                       | LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica   | 3,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90962.001                 | LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica   |                          |
|      | 90.96.4                       | LEPTOSPIRE ANTICORPI   | 33,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90966.001                 | LEPTOSPIRE ANTICORPI   |                          |
|      | 90.96.7                       | LEPTOSPIRE ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione  | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90967.001                 | LEPTOSPIRE ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione  |                          |
|      | 90.96.8                       | LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma   | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90968.001                 | LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma   |                          |
|      | 90.96.9                       | LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 41,20   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90969.001                 | LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 90.97.6                       | MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI   | 22,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90976.001                 | MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI   |                          |
|      | 90.98.4                       | MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame culturale. Se positivo, incluso identificazione  | 15,70   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90984.001                 | MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame culturale. Se positivo, incluso identificazione  |                          |
|      | 90.98.9                       | MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.  | 57,90   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90989.001                 | MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.  |                          |
|      | 90.99.1                       | MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE (IGRA)  | 55,70   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90991.001                 | MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE (IGRA)  |                          |
| R    | 90.99.2                       | MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 78,90   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90992.001                 | MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
| R    | 90.99.4                       | MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA. Almeno 4 antibiotici   | 54,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 90994.001                 | MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA. Almeno 4 antibiotici   |                          |
|      | 91.01.9                       | MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME CULTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex | 98,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91019.001                 | MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME CULTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex |                          |
|      | 91.02.6                       | MICROFILARIE (W. BANCROFTI) ANTIGENI RICERCA DIRETTA   | 23,70   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91026.001                 | MICROFILARIE (W. BANCROFTI) ANTIGENI RICERCA DIRETTA   |                          |
|      | 91.02.7                       | MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento   | 4,25    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91027.001                 | MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento   |                          |
| R    | 91.02.8                       | MICROSPORIDI ESAME CULTURALE SU LINEE CELLULARI  | 23,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91028.001                 | MICROSPORIDI ESAME CULTURALE SU LINEE CELLULARI  |                          |
| R    | 91.02.9                       | MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)   | 18,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91029.001                 | MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)   |                          |
|      | 91.03.5                       | NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D   | 8,80    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91035.001                 | NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D   |                          |
|      | 91.04.1                       | NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma  | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91041.001                 | NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma  |                          |
|      | 91.04.5                       | PARASITI (ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASITI) IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS  | 8,65    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91045.001                 | PARASITI (ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASITI) IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS  |                          |
|      | 91.04.6                       | PARASITI INTESTINALI (ELMINTI, PROTOZOI) RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)   | 13,25   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91046.001                 | PARASITI INTESTINALI (ELMINTI, PROTOZOI) RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)   |                          |
|      | 91.04.8                       | PARASITI (ELMINTI, PROTOZOI) ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting  | 27,20   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91048.001                 | PARASITI (ELMINTI, PROTOZOI) ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting  |                          |
|      | 91.05.2                       | PARASITI INTESTINALI (PROTOZOI) RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematosilina ferrica o Giemsa)   | 5,60    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91052.001                 | PARASITI INTESTINALI (PROTOZOI) RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematosilina ferrica o Giemsa)   |                          |
|      | 91.06.6                       | RICKETTSIE CONDRII ANTICORPI IgG e IgM   | 14,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91066.001                 | RICKETTSIE CONDRII ANTICORPI IgG e IgM   |                          |
|      | 91.07.6                       | SALMONELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antiBiogramma. Non associabile a 90.94.3  | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91076.001                 | SALMONELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antiBiogramma. Non associabile a 90.94.3  |                          |
|      | 91.07.7                       | SHIGELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma. Non associabile a 90.94.3   | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91077.001                 | SHIGELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antiBiogramma. Non associabile a 90.94.3   |                          |
|      | 91.07.8                       | SCHISTOSOMA HAEMATOBILIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico   | 8,70    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91078.001                 | SCHISTOSOMA HAEMATOBILIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico   |                          |
|      | 91.08.2                       | SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI   | 7,15    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91082.001                 | SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI   |                          |
|      | 91.08.4                       | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE. Incluso: Identificazione   | 4,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91084.001                 | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME CULTURALE   |                          |
|      | 91.08.4                       | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE. Incluso: Identificazione   | 4,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91084.002                 | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE RETTALE ESAME CULTURALE  |                          |
|      | 91.08.4                       | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE. Incluso: Identificazione   | 4,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91084.003                 | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE   |                          |
|      | 91.08.5                       | STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]   | 4,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91085.001                 | STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]   |                          |
|      | 91.08.6                       | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)  | 26,20   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91086.001                 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)  |                          |
|      | 91.08.7                       | STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colturale o Baermann)  | 9,85    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91087.001                 | STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colturale o Baermann)  |                          |
|      | 91.08.8                       | TAENIA SOLIUM (CISTICERCOZI) ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting  | 11,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91088.001                 | TAENIA SOLIUM (CISTICERCOZI) ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting  |                          |
|      | 91.09.3                       | TOXOCARA ANTICORPI   | 17,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91093.001                 | TOXOCARA ANTICORPI   |                          |
|      | 91.10.7                       | TRICHINELLA ANTICORPI  | 16,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91107.001                 | TRICHINELLA ANTICORPI  |                          |
|      | 91.10.8                       | TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI  | 17,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91108.001                 | TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI  |                          |
|      | 91.10.9                       | TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento  | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91109.001                 | TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento  |                          |
|      | 91.11.3                       | VIBRIO NELLE FECI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antiBiogramma  | 84,40   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91113.001                 | VIBRIO NELLE FECI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antiBiogramma  |                          |
| R    | 91.12.2                       | VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS  | 47,85   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91122.001                 | VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS  |                          |
|      | 91.12.5                       | VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione  | 28,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91125.001                 | VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione  |                          |
|      | 91.12.8                       | VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   | 5,00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91128.001                 | VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   |                          |
|      | 91.12.9                       | VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 142,20  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91129.001                 | VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.13.1                       | VIRUS ANTICORPI NAS  | 8,30    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91131.001                 | VIRUS ANTICORPI NAS  |                          |
|      | 91.13.2                       | VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F e 91.15.E e 91.23.F   | 32,05   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91132.001                 | VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.15.E e 91.23.F  |                          |
|      | 91.13.6                       | VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene  | 9,55    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91136.001                 | VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene  |                          |
|      | 91.13.7                       | VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI   | 5,00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91137.001                 | VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI   |                          |
| R    | 91.17.4                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA   | 46,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91174.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA   |                          |
|      | 91.17.6                       | VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta   | 5,70    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91176.001                 | VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta   |                          |
|      | 91.17.8                       | VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario  | 7,15    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91178.001                 | VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario  |                          |
|      | 91.18.2                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX  | 5,40    | 73          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91182.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX  |                          |
|      | 91.18.3                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX  | 4,75    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91183.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX  |                          |
|      | 91.18.4                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX   | 5,35    | 74          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91184.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 91.18.5                       | VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX  | 4.10    |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91185.001                 | VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX  |                          |
|      | 91.18.6                       | VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBsAg se HBcAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5 | 26.20   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91186.001                 | VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBsAg se HBcAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5 |                          |
|      | 91.19.3                       | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione   | 41.65   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91193.001                 | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 91.19.4                       | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 49.75   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91194.001                 | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 91.19.5                       | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS   | 6.95    |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91195.001                 | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS   |                          |
|      | 91.19.6                       | VIRUS EPATITE C ANTIGENE  | 12.25   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91196.001                 | VIRUS EPATITE C ANTIGENE  |                          |
|      | 91.19.7                       | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   | 339.10  |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91197.001                 | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   |                          |
|      | 91.20.2                       | VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento   | 80.70   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91202.001                 | VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento   |                          |
|      | 91.20.5                       | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.   | 12.35   | 74          | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91205.001                 | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.   |                          |
|      | 91.20.6                       | VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI   | 12.25   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91206.001                 | VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI   |                          |
|      | 91.20.7                       | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.  | 22.00   | 74          | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91207.001                 | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.  |                          |
|      | 91.21.6                       | VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio   | 13.10   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91216.001                 | VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio   |                          |
| R    | 91.21.9                       | VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo   | 84.55   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91219.001                 | VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo   |                          |
| R    | 91.22.2                       | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 55.50   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91222.001                 | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
| R    | 91.22.3                       | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 72.00   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91223.001                 | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
| R    | 91.23.7                       | VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   | 225.00  |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91237.001                 | VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   |                          |
|      | 91.23.9                       | VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione  | 23.00   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91239.001                 | VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione  |                          |
|      | 91.24.8                       | VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   | 5.00    |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91248.001                 | VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   |                          |
|      | 91.24.9                       | VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 63.20   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91249.001                 | VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.25.8                       | VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM  | 17.10   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91258.001                 | VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM  |                          |
| R    | 91.26.3                       | VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2   | 16.35   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91263.001                 | VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2   |                          |
|      | 91.26.9                       | VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   | 5.00    |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91269.001                 | VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI   |                          |
|      | 91.27.5                       | YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma   | 12.85   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91275.001                 | YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma   |                          |
| R    | 91.30.2                       | ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO   | 147.00  | 98          | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91302.001                 | ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO   |                          |
| R    | 91.35.6                       | CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO   | 17.90   | 26          | Altre           |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91356.001                 | CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO   |                          |
|      | 91.38.5                       | ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)  | 17.90   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91385.001                 | ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)  |                          |
|      | 91.39.2                       | ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi   | 30.20   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91392.001                 | ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi   |                          |
|      | 91.39.4                       | ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEoplastICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi   | 21.15   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91394.001                 | ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEoplastICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi   |                          |
|      | 91.41.8                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91418.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.44.1                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni   | 76.90   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91441.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni   |                          |
|      | 91.45.8                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni   | 65.85   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91458.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni   |                          |
|      | 91.46.8                       | ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni   | 73.96   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91468.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni   |                          |
|      | 91.47.6                       | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 122.50  |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91476.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
| R    | 91.47.8                       | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori  | 139.65  | 75          | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91478.001                 | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori  |                          |
|      | 91.48.2                       | ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91482.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione   |                          |
| R    | 91.48.3                       | ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione   | 151.30  |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91483.001                 | ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione   |                          |
|      | 91.48.4                       | PRELIEVO CITOLOGICO   | 3.80    | 26          | Altre           |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91484.001                 | PRELIEVO CITOLOGICO   |                          |
|      | 91.48.5                       | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO  | 6.95    | 11          | Laboratorio     |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91485.001                 | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO  |                          |
|      | 91.49.1                       | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE  | 4.45    | 11          | Laboratorio     |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91491.001                 | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE  |                          |
|      | 91.49.2                       | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO   | 3.80    | 11          | Laboratorio     |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91492.001                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO   |                          |
|      | 91.49.3                       | PRELIEVO MICROBIOLOGICO   | 2.55    | 26          | Altre           |                           |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91493.001                 | PRELIEVO MICROBIOLOGICO   |                          |
|      | 91.49.4                       | ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 55.45   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91494.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.49.5                       | ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 55.45   |             | 11              | Laboratorio               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91495.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.90.1                       | ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI  | 6.00    | 77          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91901.001                 | ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI  |                          |
|      | 91.90.4                       | SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 18 allergeni   | 11.60   | 78          | 06              | Dermatologia/Allergologia | 12              | Pneumologia          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91904.001                 | SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 18 allergeni   |                          |
|      | 91.90.5                       | TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST). Fino a 30 allergeni. Includa visita allergologica di controllo  | 32.95   | 79          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91905.001                 | TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST). Fino a 30 allergeni. Includa visita allergologica di controllo  |                          |
| H    | 91.90.6                       | TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci   | 23.20   | 80          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91906.001                 | TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci   |                          |
| H    | 91.90.7                       | TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute   | 77.50   | 81          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91907.001                 | TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute   |                          |
|      | 91.90.8                       | PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni  | 13.00   | 81          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91908.001                 | PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni  |                          |
|      | 91.90.9                       | TEST EPICUTANEI IN APERTO (Open test). Per singolo allergene.   | 12.00   | 81          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91909.001                 | TEST EPICUTANEI IN APERTO (Open test). Per singolo allergene.   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 92.01.1                       | CAPTAZIONE TIROIDEA   | 47,55    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92011.001                 | CAPTAZIONE TIROIDEA   |                          |
|      | 92.01.3                       | SCINTIGRAFIA TIROIDEA   | 34,95    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92013.001                 | SCINTIGRAFIA TIROIDEA   |                          |
|      | 92.01.5                       | SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123   | 46,10    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92015.001                 | SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123   |                          |
|      | 92.02.2                       | SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA  | 125,95   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92022.001                 | SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA  |                          |
|      | 92.02.3                       | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLESTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO  | 110,95   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92023.001                 | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLESTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO  |                          |
|      | 92.03.1                       | SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)   | 60,85    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92031.001                 | SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)   |                          |
|      | 92.03.3                       | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")   | 122,40   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92033.001                 | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")   |                          |
|      | 92.03.4                       | STUDIO DEL REFLUSSO VESICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere  | 81,00    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92034.001                 | STUDIO DEL REFLUSSO VESICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere  |                          |
|      | 92.03.8                       | SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)   | 41,25    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92038.001                 | SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)   |                          |
|      | 92.04.1                       | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE   | 68,60    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92041.001                 | SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE   |                          |
|      | 92.04.2                       | STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6  | 52,15    | 08          | 10              | Diagnostica per immagini | 07              | Gastroenterologia    | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      | 92042.001                 | STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6  |                          |
|      | 92.04.3                       | STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO   | 101,00   | 08          | 10              | Diagnostica per immagini | 07              | Gastroenterologia    | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      | 92043.001                 | STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO   |                          |
|      | 92.04.4                       | VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE  | 111,20   | 08          | 10              | Diagnostica per immagini | 07              | Gastroenterologia    | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      | 92044.001                 | VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE  |                          |
|      | 92.04.6                       | SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2  | 98,00    | 08          | 10              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      | 92046.001                 | SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2  |                          |
|      | 92.04.7                       | RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA   | 69,85    | 08          | 10              | Diagnostica per immagini | 07              | Gastroenterologia    | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      | 92047.001                 | RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA   |                          |
|      | 92.05.4                       | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)     | 223,40   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92054.001                 | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)     |                          |
|      | 92.05.6                       | SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  | 116,90   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92056.001                 | SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  |                          |
|      | 92.05.7                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-Tc] MIocardica CON FDG  | 1.539,85 | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92057.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-Tc] MIocardica CON FDG  |                          |
|      | 92.09.1                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-Tc] MIocardica DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOGRIMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41 | 1.071,60 | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92091.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-Tc] MIocardica DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOGRIMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41 |                          |
|      | 92.09.2                       | TOMOSINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E   | 146,90   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92092.001                 | TOMOSINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E   |                          |
|      | 92.09.9                       | TOMOSINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOGRIMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41                                | 171,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92099.001                 | TOMOSINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOGRIMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41                                |                          |
|      | 92.11.5                       | TOMOSINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione   | 257,75   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92115.001                 | TOMOSINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione   |                          |
|      | 92.11.6                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG  | 939,95   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92116.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-Tc] CEREBRALE CON FDG   |                          |
|      | 92.11.9                       | TOMOSINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA   | 1.035,05 | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92119.001                 | TOMOSINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA   |                          |
|      | 92.13                         | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2   | 206,35   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92130.001                 | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2   |                          |
|      | 92.13.2                       | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13  | 280,80   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92132.001                 | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13  |                          |
|      | 92.15.1                       | SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSA EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica  | 75,50    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92151.001                 | SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSA EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica  |                          |
|      | 92.15.2                       | SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSA EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica   | 210,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92152.001                 | SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSA EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica   |                          |
|      | 92.15.4                       | SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica  | 181,30   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92154.001                 | SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica  |                          |
|      | 92.15.6                       | VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA   | 133,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92156.001                 | VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA   |                          |
|      | 92.16.1                       | SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLE SEGMETARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica   | 119,05   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92161.001                 | SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLE SEGMETARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica   |                          |
|      | 92.16.2                       | SCINTIGRAFIA MAMMARIANA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8   | 384,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92162.001                 | SCINTIGRAFIA MAMMARIANA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8   |                          |
|      | 92.18.1                       | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.19.8   | 310,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92181.001                 | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.19.8   |                          |
|      | 92.18.2                       | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7  | 124,15   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92182.001                 | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7  |                          |
|      | 92.18.7                       | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMETARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2  | 85,35    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92187.001                 | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMETARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2  |                          |
|      | 92.18.8                       | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   | 246,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92188.001                 | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   |                          |
|      | 92.18.9                       | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   | 246,00   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92189.001                 | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   |                          |
|      | 92.19.1                       | SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE  | 293,25   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92191.001                 | SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE  |                          |
|      | 92.19.2                       | SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE  | 323,80   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92192.001                 | SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE  |                          |
|      | 92.19.5                       | ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]  | 90,85    | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92195.001                 | ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]  |                          |
|      | 92.19.8                       | SCINTIGRAFIA SEGMETARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.11.8, 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1   | 244,80   | 08          | 07              | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92198.001                 | SCINTIGRAFIA SEGMETARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.11.8, 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1   |                          |
|      | 92.21.1                       | RAIOTERAPIA (RADIOTERAPIA). Per seduta  | 8,80     | 24          |                 | Radioterapia             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92211.001                 | RAIOTERAPIA (RADIOTERAPIA). Per seduta  |                          |
|      | 92.23.1                       | TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focoloio trattato  | 27,00    | 24          |                 | Radioterapia             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92231.001                 | TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focoloio trattato  |                          |
|      | 92.24.1                       | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute  | 42,00    | 24          |                 | Radioterapia             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 92241.001                 | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3          | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4      | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--|
|      | 92.24.2                       | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   | 65,00    |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92242.001                 | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   |  |
|      | 92.24.4                       | RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.   | 1.480,40 | 84          | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92244.001                 | RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.   | Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0   |
|      | 92.24.6                       | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   | 95,00    |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92246.001                 | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   | Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0  |
|      | 92.24.7                       | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute  | 210,00   |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92247.001                 | TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute  | Per un numero di sedute superiore a 10 la remunerazione è 157,5 fino a un massimo di 35; oltre 35 la seduta non viene remunerata |
|      | 92.25.1                       | TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   | 45,35    |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92251.001                 | TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focoloio trattato. Ciclo fino a 10 sedute   | Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0  |
|      | 92.25.2                       | IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Include le fasi propedeutiche alla prescrizione  | 1.239,10 | 86          | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92252.001                 | IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Include le fasi propedeutiche alla prescrizione  |  |
|      | 92.25.6                       | IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta   | 1.811,00 | 87          | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92256.001                 | IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta   |  |
|      | 92.25.7                       | IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive  | 905,50   | 87          | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92257.001                 | IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive  |  |
|      | 92.27.1                       | BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focoloio trattato  | 350,00   |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92271.001                 | BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focoloio trattato  |  |
|      | 92.27.3                       | BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focoloio trattato   | 175,00   |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92273.001                 | BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focoloio trattato   |  |
|      | 92.27.5                       | BRACHITERAPIA CON CONTATTO. Per seduta e per focoloio trattato   | 59,90    |             | 24                               | Radioterapia         |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92275.001                 | BRACHITERAPIA CON CONTATTO. Per seduta e per focoloio trattato   |  |
|      | 92.28.1                       | TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131   | 238,75   | 07          | Medicina nucleare                | 24                   | Radioterapia    |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92281.001                 | TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131   |  |
|      | 92.28.3                       | TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOISNOVORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE  | 225,00   | 07          | Medicina nucleare                | 24                   | Radioterapia    | 08                   | Diagnostica per immagini |                      |                      |                      |                 |                      | 92283.001                 | TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOISNOVORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE  |  |
|      | 92.28.4                       | TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI  | 659,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92284.001                 | TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI  |  |
|      | 92.28.6                       | TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE   | 988,20   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92286.001                 | TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE   |  |
|      | 92.28.7                       | TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE  | 175,00   | 07          | Medicina nucleare                | 24                   | Radioterapia    |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92287.001                 | TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE  |  |
|      | 92.28.9                       | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE  | 520,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92289.001                 | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE  | Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 250 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata      |
|      | 92.29.1                       | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico   | 68,00    | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92291.001                 | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico   |  |
|      | 92.29.2                       | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC   | 123,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92292.001                 | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC   |  |
|      | 92.29.3                       | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A   | 161,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92293.001                 | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A   |  |
|      | 92.29.4                       | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti   | 30,00    | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92294.001                 | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti   |  |
|      | 92.29.5                       | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC  | 142,40   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92295.001                 | STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC  |  |
|      | 92.29.6                       | DOSIMETRIA IN VIVO   | 14,00    | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92296.001                 | DOSIMETRIA IN VIVO   |  |
|      | 92.29.8                       | SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento   | 118,75   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92298.001                 | SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento   |  |
|      | 92.29.9                       | PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASO. Intero trattamento  | 102,70   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92299.001                 | PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASO. Intero trattamento  | Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0   |
|      | 92.47.8                       | TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute   | 550,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92478.001                 | TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute   | Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 0   |
|      | 92.47.9                       | TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute  | 450,00   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 92479.001                 | TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute  | Per un numero di sedute superiore a 15 la remunerazione è 225 fino a un massimo di 30; oltre 30 la seduta non viene remunerata   |
|      | 93.01.1                       | VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (Valutazione di 3 o più* delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese | 20,00    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93011.001                 | VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (Valutazione di 3 o più* delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese |  |
|      | 93.01.3                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese   | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93013.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese   |  |
|      | 93.01.4                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese   | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93014.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese   |  |
|      | 93.01.5                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese   | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93015.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese   |  |
|      | 93.01.6                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)  | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93016.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)  |  |
|      | 93.01.7                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO (AFASIA - DISARTRIA) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese  | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93017.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO (AFASIA - DISARTRIA) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese  |  |
|      | 93.01.8                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4)   | 14,35    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93018.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4)   |  |
|      | 93.01.9                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE (DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)   | 14,35    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93019.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE (DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referenziazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)   |  |
|      | 93.02                         | VALUTAZIONE ORTOPTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE  | 9,60     | 16          | Oculistica                       |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93020.001                 | VALUTAZIONE ORTOPTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE  |  |
|      | 93.03                         | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo   | 11,95    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 | 16                   | Oculistica               | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      | 93030.001                 | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo   |  |
|      | 93.03.1                       | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici  | 17,00    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                          |                      |                      |                      |                 |                      | 93031.001                 | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici  |  |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2                  | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3      | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4      | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 93.03.2                       | VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo  | 13,55   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93032.001                 | VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo  |                          |
|      | 93.03.3                       | VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici  | 16,55   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93033.001                 | VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici  |                          |
|      | 93.05.3                       | ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)  | 18,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93053.001                 | ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)  |                          |
|      | 93.05.4                       | TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e referato. Non associabile a 93.05.5   | 13,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93054.001                 | TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e referato. Non associabile a 93.05.5   |                          |
|      | 93.05.5                       | TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8  | 14,90   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione | 15                   | Neurologia                       | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                      |                      |                 |                      | 93055.001                 | TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8  |                          |
|      | 93.05.6                       | ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati  | 19,35   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93056.001                 | ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della  |                          |
|      | 93.05.6                       | ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati  | 19,35   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93056.002                 | ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE SX. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati   |                          |
|      | 93.05.7                       | ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)   | 30,20   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93057.001                 | ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)   |                          |
|      | 93.05.8                       | GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico  | 108,75  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93058.001                 | GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico  |                          |
|      | 93.07.1                       | BIOIMPEDEMENTOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE   | 15,55   | 09          | Endocrinologia                   | 13                   | Nefrologia                       |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93071.001                 | BIOIMPEDEMENTOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE   |                          |
|      | 93.07.2                       | PICCOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE  | 13,35   | 13          | Nefrologia                       |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93072.001                 | PICCOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE  |                          |
|      | 93.08.2                       | ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta   | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93082.001                 | ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta   |                          |
|      | 93.08.3                       | ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93083.001                 | ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago  |                          |
|      | 93.08.4                       | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI (Laringei, faringei, diaframma, perineali). Escluso: EMG dell'occhio (93.25)  | 13,65   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione | 25                   | Urologia             | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      | 93084.001                 | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI LARINGEI  |                          |
|      | 93.08.4                       | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI (Laringei, faringei, diaframma, perineali). Escluso: EMG dell'occhio (93.25)  | 13,65   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione | 25                   | Urologia             | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      | 93084.002                 | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI FARINGEI  |                          |
|      | 93.08.4                       | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI (Laringei, faringei, diaframma, perineali). Escluso: EMG dell'occhio (93.25)  | 13,65   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione | 25                   | Urologia             | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      | 93084.003                 | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI DIAPHRAMMA  |                          |
|      | 93.08.4                       | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI (Laringei, faringei, diaframma, perineali). Escluso: EMG dell'occhio (93.25)  | 13,65   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione | 25                   | Urologia             | 21                   | Otorinolaringoiatria |                      |                 |                      | 93084.004                 | ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI PERINEALI   |                          |
|      | 93.08.5                       | RISPOSTE RIFLESSE: H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93085.001                 | RISPOSTE RIFLESSE: H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti  |                          |
|      | 93.08.6                       | STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93086.001                 | STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo  |                          |
|      | 93.08.7                       | TEST PER TETANIA LATENTE   | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93087.001                 | TEST PER TETANIA LATENTE   |                          |
|      | 93.08.8                       | TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93088.001                 | TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA  |                          |
|      | 93.09.1                       | VELOCITA' DI CONDIZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93091.001                 | VELOCITA' DI CONDIZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B  |                          |
|      | 93.09.2                       | VELOCITA' DI CONDIZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B  | 10,45   | 15          | Neurologia                       | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93092.001                 | VELOCITA' DI CONDIZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B  |                          |
|      | 93.09.3                       | VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)  | 14,35   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93093.001                 | VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)  |                          |
|      | 93.09.4                       | VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)  | 8,00    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93094.001                 | VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)  |                          |
|      | 93.09.5                       | VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese  | 8,00    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93095.001                 | VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa referazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese  |                          |
|      | 93.11.2                       | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e dei movimenti" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute | 29,55   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93112.001                 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e dei movimenti" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute |                          |
|      | 93.11.8                       | RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute  | 12,50   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93118.001                 | RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute  |                          |
|      | 93.19.3                       | TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA (APOMOXOR) con farmaco  | 51,00   | 15          | Neurologia                       |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93193.001                 | TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA (APOMOXOR) con farmaco  |                          |
|      | 93.22.1                       | REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione   | 21,40   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93221.001                 | REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione   |                          |
|      | 93.22.2                       | REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA  | 21,40   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93222.001                 | REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA  |                          |
|      | 93.29                         | CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito  | 7,20    | 19          | Ortopedia                        |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93290.001                 | CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito  |                          |
|      | 93.37                         | TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute   | 7,00    | 20          | Ostetricia e ginecologia         |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93370.001                 | TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute   |                          |
|      | 93.39.6                       | ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso  | 4,60    | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93396.001                 | ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso  |                          |
|      | 93.46                         | TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcina  | 11,40   | 19          | Ortopedia                        |                      |                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      | 93460.001                 | TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI INF  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                     | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2                     | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3                  | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 93.46                         | TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con ferocella  | 11,40   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93460.002                 | TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI SJP  |                          |
|      | 93.51                         | APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)  | 30,95   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93510.001                 | APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)  |                          |
|      | 93.52                         | APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA  | 30,95   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93520.001                 | APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA  |                          |
|      | 93.53                         | APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato  | 30,95   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93530.001                 | APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato  |                          |
|      | 93.54.1                       | BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalicco  | 8,10    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93541.001                 | BENDAGGIO CON DOCCIA IMMOBILIZZAZIONE ANTIBRACCIO-MANO DX  |                          |
|      | 93.54.1                       | BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalicco  | 8,10    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93541.002                 | BENDAGGIO CON DOCCIA IMMOBILIZZAZIONE ANTIBRACCIO-MANO SX  |                          |
|      | 93.54.1                       | BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalicco  | 8,10    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93541.003                 | BENDAGGIO CON DOCCIA IMMOBILIZZAZIONE GAMBA-PIEDE DX   |                          |
|      | 93.54.1                       | BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalicco  | 8,10    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93541.004                 | BENDAGGIO CON DOCCIA IMMOBILIZZAZIONE GAMBA-PIEDE SX   |                          |
|      | 93.54.2                       | BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO  | 15,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93542.001                 | BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO  |                          |
|      | 93.54.3                       | APPARECCHIO GESSATO: torace brachiale, femoro-podalicco  | 25,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93543.001                 | APPARECCHIO GESSATO: COSCIA-PIEDE DX   |                          |
|      | 93.54.3                       | APPARECCHIO GESSATO: torace brachiale, femoro-podalicco  | 25,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93543.002                 | APPARECCHIO GESSATO: COSCIA-PIEDE SX   |                          |
|      | 93.54.3                       | APPARECCHIO GESSATO: torace brachiale, femoro-podalicco  | 25,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93543.003                 | APPARECCHIO GESSATO: TORACCO-BRACHIALE   |                          |
|      | 93.54.4                       | APPARECCHIO GESSATO: braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalicco  | 19,15   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93544.001                 | APPARECCHIO GESSATO OMEROMANO DX   |                          |
|      | 93.54.4                       | APPARECCHIO GESSATO: braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalicco  | 19,15   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93544.002                 | APPARECCHIO GESSATO OMEROMANO SX   |                          |
|      | 93.54.4                       | APPARECCHIO GESSATO: braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalicco  | 19,15   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93544.003                 | STIVALE GESSATO DX   |                          |
|      | 93.54.4                       | APPARECCHIO GESSATO: braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalicco  | 19,15   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93544.004                 | STIVALE GESSATO SX   |                          |
|      | 93.54.5                       | APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale   | 12,70   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93545.001                 | APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO DX   |                          |
|      | 93.54.5                       | APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale   | 12,70   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93545.002                 | APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO SX   |                          |
|      | 93.54.6                       | APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale  | 22,70   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93546.001                 | APPARECCHIO GESSATO: Femoro-tibiale  |                          |
|      | 93.54.8                       | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede   | 6,05    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93548.001                 | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER DITO MANO DX  |                          |
|      | 93.54.8                       | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede   | 6,05    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93548.002                 | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER MANO DX   |                          |
|      | 93.54.8                       | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede   | 6,05    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93548.003                 | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER PIEDE DX  |                          |
|      | 93.54.8                       | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede   | 6,05    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93548.004                 | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER PIEDE SX  |                          |
|      | 93.54.9                       | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede   | 6,05    | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93548.005                 | APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER MANO O DEL PIEDE  |                          |
|      | 93.54.9                       | COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale  | 15,60   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93549.001                 | COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale  |                          |
|      | 93.56.1                       | FASCIA SEMPLICE  | 3,85    | 26          | Altre                               |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93561.001                 | FASCIA SEMPLICE  |                          |
|      | 93.56.2                       | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalicco   | 25,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93562.001                 | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE DX   |                          |
|      | 93.56.2                       | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalicco   | 25,20   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93562.002                 | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE SX   |                          |
|      | 93.56.3                       | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO   | 21,30   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93563.001                 | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE DX  |                          |
|      | 93.56.3                       | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO   | 21,30   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93563.002                 | BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE SX  |                          |
|      | 93.56.5                       | BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA   | 13,95   | 19          | Ortopedia                           |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93565.001                 | BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA   |                          |
|      | 93.78.1                       | RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPROVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute                           | 12,35   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93781.001                 | RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPROVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute                           |                          |
|      | 93.78.3                       | RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute  | 12,35   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93783.001                 | RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute  |                          |
|      | 93.82.1                       | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute   | 4,40    | 09          | Endocrinologia                      |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93821.001                 | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.82.2                       | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute  | 1,75    | 09          | Endocrinologia                      |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93822.001                 | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute  |                          |
|      | 93.82.3                       | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale   | 7,70    | 22          | Pneumologia                         | 06                   | Dermatologia/Allergologia           |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93823.001                 | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale   |                          |
|      | 93.89.1                       | TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)   | 8,70    | 21          | Otorinolaringoiatria                |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93891.001                 | TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)   |                          |
|      | 93.89.2                       | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute   | 8,40    | 15          | Neurologia                          | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93892.001                 | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.89.3                       | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute  | 2,15    | 15          | Neurologia                          | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93893.001                 | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute  |                          |
|      | 93.89.4                       | TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI  | 34,00   | 21          | Otorinolaringoiatria                |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93894.001                 | TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI  |                          |
|      | 93.94                         | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZAZIONE Per seduta. Incluso farmaco   | 1,65    | 22          | Pneumologia                         |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93940.001                 | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZAZIONE Per seduta. Incluso farmaco   |                          |
|      | 93.95                         | OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta   | 82,60   | 01          | Anestesia/Analgesia                 |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93950.001                 | OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta   |                          |
| H    | 93.99.1                       | BRONCOINSTITLAZIONI. Per seduta  | 7,75    | 22          | Pneumologia                         |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93991.001                 | BRONCOINSTITLAZIONI. Per seduta  |                          |
|      | 93.99.2                       | ADESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL'EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA (CPAP). Per seduta individuale   | 6,35    | 22          | Pneumologia                         |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93992.001                 | ADESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL'EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA (CPAP). Per seduta individuale   |                          |
|      | 93.99.4                       | MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO  | 23,20   | 22          | Pneumologia                         | 06                   | Dermatologia/Allergologia           |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 93994.001                 | MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO  |                          |
|      | 94.01.1                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA   | 9,70    | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94011.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA   |                          |
|      | 94.01.2                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio. Non associabile a 93.01.3 | 15,45   | 15          | Neurologia                          | 23                   | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      | 94012.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio. Non associabile a 93.01.3 |                          |
|      | 94.02.1                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura                    | 5,80    | 15          | Neurologia                          | 23                   | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      | 94021.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura                    |                          |
|      | 94.02.2                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER (WMS)  | 5,80    | 15          | Neurologia                          | 23                   | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94022.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER (WMS)  |                          |
|      | 94.08.1                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE  | 5,95    | 15          | Neurologia                          | 23                   | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      | 94081.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE  |                          |
|      | 94.08.2                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISIVO SPAZIALI  | 5,80    | 15          | Neurologia                          | 23                   | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      | 94082.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISIVO SPAZIALI  |                          |
|      | 94.08.3                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'   | 7,75    | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94083.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'   |                          |
|      | 94.08.4                       | ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)  | 27,10   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia | 12                   | Medicina fisica e riabilitazione    |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94084.001                 | ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)  |                          |
|      | 94.08.5                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE  | 5,80    | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94085.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE  |                          |
|      | 94.08.6                       | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING   | 5,80    | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94086.001                 | SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING   |                          |
|      | 94.09                         | COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO  | 25,00   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94090.001                 | COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO  |                          |
|      | 94.12.1                       | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94121.001                 | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO   |                          |
|      | 94.12.1                       | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94121.002                 | VALUTAZIONE DI CONTROLLO PSICOPEDAGOGICA/NEUROPSICOLOGICA  |                          |
|      | 94.12.1                       | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94121.003                 | VISITA DI CONTROLLO NEUROPSICHIATRICA INFANTILE  |                          |
|      | 94.12.1                       | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94121.004                 | VISITA DI CONTROLLO PER DISTURBI COGNITIVI   |                          |
|      | 94.19.1                       | PRIMA VISITA PSICHIATRICA  | 25,00   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94191.001                 | PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE   |                          |
|      | 94.19.1                       | PRIMA VISITA PSICHIATRICA  | 25,00   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94191.002                 | PRIMA VISITA PSICHIATRICO  |                          |
|      | 94.3                          | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)  | 19,30   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94300.001                 | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)  |                          |
|      | 94.42                         | PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta  | 23,20   | 23          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |                      |                                     |                      |                                  |                      |                 |                      |                 |                      | 94420.001                 | PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta  |                          |



## ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1           | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2          | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.011                 | MEDICAZIONE OCULISTICA   |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.012                 | MEDICAZIONE ODONTOIATRICA  |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.013                 | MEDICAZIONE ORL  |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.014                 | MEDICAZIONE ORTOPEDICA   |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.015                 | MEDICAZIONE TRAUMATOLOGICA   |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.016                 | MEDICAZIONE UROLOGICA  |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.017                 | MEDICAZIONE VASCOLARE  |                          |
|      | 96.59                         | MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura  | 4,05    | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96590.018                 | RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA  |                          |
|      | 96.59.1                       | MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita  | 10,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96591.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita  |                          |
|      | 96.59.2                       | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita  | 19,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96592.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita  |                          |
|      | 96.59.3                       | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita   | 32,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96593.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita   |                          |
|      | 96.59.4                       | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita   | 58,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96594.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita   |                          |
| H    | 96.59.5                       | MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita   | 61,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96595.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita   |                          |
| H    | 96.59.6                       | MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesioni che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitarie, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neurogenetici e rivascolarizzazione periferica (es. prostanoidei, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita) | 124,00  | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96596.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesioni che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitarie, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neurogenetici e rivascolarizzazione periferica (es. prostanoidei, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita) |                          |
|      | 96.59.7                       | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora  | 124,00  | 06          | Dermatologia/Allergologia |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 96597.001                 | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora  |                          |
|      | 97.1                          | RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI   | 10,20   | 19          | Ortopedia                 |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97100.001                 | RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI   |                          |
|      | 97.23                         | SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.  | 50,40   | 21          | Otorinolaringoiatria      | 22                        | Pneumologia              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97230.001                 | SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.  |                          |
|      | 97.35                         | RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico  | 10,75   | 8           | 17                        | Odontostomatologia        |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97350.001                 | RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico  |                          |
| H    | 97.35.1                       | RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA  | 15,00   | 6           | 17                        | Odontostomatologia        |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97351.001                 | RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA  |                          |
|      | 97.61                         | RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA   | 279,00  | 25          | Urologia                  | 08                        | Diagnostica per immagini |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97610.001                 | RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA   |                          |
|      | 97.82                         | RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONIALE  | 9,65    | 13          | Nefrologia                | 08                        | Diagnostica per immagini |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97820.001                 | RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONIALE  |                          |
|      | 97.88                         | RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA   | 9,70    | 19          | Ortopedia                 |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 97880.001                 | RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA   |                          |
|      | 98.0                          | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE   | 59,00   | 10          | Gastroenterologia         |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98000.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE   |                          |
|      | 98.11                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE   | 8,40    | 21          | Otorinolaringoiatria      |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98110.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALL'ORECCHIO DX  |                          |
|      | 98.11                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE   | 8,40    | 21          | Otorinolaringoiatria      |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98110.002                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALL'ORECCHIO SX  |                          |
|      | 98.13                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALLA FARINGE LARINGEA, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia   | 15,10   | 21          | Otorinolaringoiatria      |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98130.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DALLA FARINGE LARINGEA, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia   |                          |
|      | 98.18                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE   | 10,30   | 03          | Chirurgia generale        |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98180.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALLUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE   |                          |
|      | 98.20                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE   | 8,40    | 03          | Chirurgia generale        |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98200.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE   |                          |
|      | 98.21                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE  | 7,75    | 16          | Oculistica                |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98210.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO DX  |                          |
|      | 98.21                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE  | 7,75    | 16          | Oculistica                |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98210.002                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO SX  |                          |
|      | 98.24                         | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE  | 7,75    | 25          | Urologia                  |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98240.001                 | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE  |                          |
| H    | 98.51.1                       | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2  | 600,00  | 25          | Urologia                  |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98511.001                 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2  |                          |
| H    | 98.51.2                       | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1  | 450,00  | 25          | Urologia                  |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98512.001                 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1  |                          |
| H    | 98.51.3                       | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESICIA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo   | 150,00  | 25          | Urologia                  | 08                        | Diagnostica per immagini |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98513.001                 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESICIA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo   |                          |
|      | 98.59.4                       | TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute  | 33,00   | 25          | Urologia                  |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 98594.001                 | TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute  |                          |
|      | 99.06.1                       | INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE  | 11,60   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99061.001                 | INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE  |                          |
|      | 99.07.1                       | TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI  | 25,80   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99071.001                 | TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI  |                          |
|      | 99.07.2                       | SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Incluso Emocomponente  | 24,60   | 89          | 26                        | Altre                     |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99072.001                 | SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Incluso Emocomponente  |                          |
|      | 99.07.3                       | SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Incluso Emocomponente   | 42,50   | 89          | 26                        | Altre                     |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99073.001                 | SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Incluso Emocomponente   |                          |
|      | 99.12.1                       | IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino   | 11,60   | 90          | 06                        | Dermatologia/Allergologia | 22                       | Pneumologia          |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99121.001                 | IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino   |                          |
| H    | 99.12.2                       | IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino  | 11,60   | 102         | 06                        | Dermatologia/Allergologia |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99122.001                 | IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino  |                          |
| H    | 99.12.3                       | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco  | 10,00   | 26          | Altre                     |                           |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99123.001                 | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco  |                          |
| H    | 99.12.4                       | DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta  | 11,60   | 102         | 06                        | Dermatologia/Allergologia |                          |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99124.001                 | DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta  |                          |

**ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFARIO E CATALOGO REGIONALE**

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1      | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--|
|      | 99.14.1                       | INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA  | 11,60    | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99141.001                 | INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA  |  |
|      | 99.14.1                       | INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA  | 11,60    | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99141.002                 | TERAPIA MARZIALE ENDOVENA  |  |
|      | 99.21                         | INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco   | 7,15     | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99210.001                 | INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco   | la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali |
|      | 99.23                         | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco  | 9,70     | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99230.001                 | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco  |  |
|      | 99.24.1                       | INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco  | 11,60    | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99241.001                 | INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco  |  |
|      | 99.25                         | INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Incluso farmaco   | 10,00    | 18          |                 | Oncologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99250.001                 | INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE  |  |
|      | 99.25                         | INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Incluso farmaco   | 10,00    | 18          |                 | Oncologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99250.002                 | INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE NON CLASSIFICATE ALTROVE PER TRATTAMENTO SCLEROSI MULTIPLA   |  |
|      | 99.29.5                       | INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione  | 7,75     | 25          |                 | Urologia                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99295.001                 | INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione  |  |
|      | 99.29.9                       | INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA  | 10,95    | 15          |                 | Neurologia                | 12              |                      | 01              |                      |                 |                      |                 |                      | 99299.001                 | INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA  |  |
|      | 99.71                         | PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]   | 443,05   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99710.001                 | PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]   |  |
|      | 99.71.1                       | AFERESI SELETTIVA SU PLASMA  | 743,00   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99711.001                 | AFERESI SELETTIVA SU PLASMA  |  |
|      | 99.72                         | LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83  | 402,80   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99720.001                 | LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83  |  |
|      | 99.73                         | ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]  | 373,40   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99730.001                 | ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]  |  |
|      | 99.74                         | PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA   | 408,00   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99740.001                 | PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA   |  |
|      | 99.76                         | SALASSO TERAPEUTICO  | 25,70    | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99760.001                 | SALASSO TERAPEUTICO  |  |
|      | 99.82                         | TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute   | 9,10     | 91          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99820.001                 | FOTOCHEMIOTERAPIA  |  |
|      | 99.82                         | TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute   | 9,10     | 91          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99820.002                 | TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA   |  |
|      | 99.82.1                       | FOTOCHEMIOTERAPIA. Puvu terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute   | 11,65    | 91          | 06              | Dermatologia/Allergologia |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99821.001                 | FOTOCHEMIOTERAPIA. Puvu terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute   |  |
|      | 99.83                         | FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPORA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72  | 900,60   | 18          |                 | Oncologia                 |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99830.001                 | FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPORA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72  |  |
|      | 99.91                         | AGOPUNTURA PER ANALGESIA   | 9,70     | 01          |                 | Anestesia/Analgesia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99910.001                 | AGOPUNTURA PER ANALGESIA   |  |
|      | 99.92                         | ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Mossa rivolvente   | 9,10     | 01          |                 | Anestesia/Analgesia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99920.001                 | ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Mossa rivolvente   |  |
|      | 99.97.1                       | SPUNTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3  | 15,45    | 3           | 17              | Odontostomatologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99971.001                 | SPUNTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3  |  |
|      | 99.97.2                       | TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturate  | 14,05    | 5           | 17              | Odontostomatologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99972.001                 | PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE O COMPLETA: RIFACCIMENTO BASE D'APPOGGIO   |  |
|      | 99.97.2                       | TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturate  | 14,05    | 5           | 17              | Odontostomatologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99972.002                 | PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE O COMPLETA: RIPARAZIONE  |  |
|      | 99.97.3                       | MANUTENTORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1   | 15,45    | 10          | 17              | Odontostomatologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99973.001                 | MANUTENTORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1   |  |
|      | 99.99.2                       | MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GUCEMIA (HDL TER GLUCERICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio  | 72,05    | 09          |                 | Endocrinologia            |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 99992.001                 | MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GUCEMIA (HDL TER GLUCERICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio  |  |
|      | 20.94.A                       | MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA  | 22,00    | 21          |                 | Otorinolaringoiatria      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 2094A.001                 | MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA  |  |
|      | 38.94.A                       | RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong  | 40,05    | 01          |                 | Anestesia/Analgesia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3894A.001                 | RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong  |  |
| H R  | 38.95.A                       | POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPORA CON TUNNELIZZAZIONE  | 364,65   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3895A.001                 | POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPORA CON TUNNELIZZAZIONE  |  |
|      | 39.95.B                       | EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 150,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995B.001                 | EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |  |
| H    | 39.95.C                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 147,25   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995C.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |  |
| H    | 39.95.D                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 190,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995D.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |  |
|      | 39.95.E                       | TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute  | 20,25    | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995E.001                 | TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute  |  |
|      | 39.95.F                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 136,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995F.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |  |
| H    | 39.95.G                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 172,75   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995G.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |  |
| H R  | 39.95.H                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  | 230,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995H.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute  |  |
| H R  | 39.95.I                       | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare > 45 kDa). Per seduta   | 184,70   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995I.001                 | EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare > 45 kDa). Per seduta   |  |
| H R  | 39.95.J                       | EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI  | 230,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995J.001                 | EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI  |  |
| H R  | 39.95.K                       | EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare > 45 kDa). Per seduta   | 1.000,00 | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995K.001                 | EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare > 45 kDa). Per seduta   |  |
| H    | 39.95.L                       | ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute. | 195,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995L.001                 | ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute. |  |
| H    | 39.95.M                       | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 195,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995M.001                 | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |  |
| H    | 39.95.N                       | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   | 184,35   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995N.001                 | EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute   |  |
|      | 39.95.O                       | EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta   | 105,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995O.001                 | EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta   |  |
|      | 39.95.P                       | EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta   | 105,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995P.001                 | EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta   |  |
| H R  | 39.95.Q                       | ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO   | 185,00   | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 3995Q.001                 | ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO   |  |
| H R  | 54.98.A                       | ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO  | 35,00    | 13          |                 | Nefrologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 5498A.001                 | ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO  |  |
| R    | 69.52.A                       | INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) OMIOLOGA  | 95,35    | 20          |                 | Ostetricia e ginecologia  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 6952A.001                 | INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) OMIOLOGA  |  |
| R    | 69.52.B                       | CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI   | 340,00   | 26          |                 | Altre                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 6952B.001                 | CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI   |  |
|      | 87.03.A                       | TC SELLA TURCOICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03   | 86,10    | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703A.001                 | TC SELLA TURCOICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03   |  |
|      | 87.03.B                       | TC DELLA SELLA TURCOICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1  | 138,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703B.001                 | TC DELLA SELLA TURCOICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1  |  |
|      | 87.03.C                       | TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03  | 86,10    | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703C.001                 | TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03  |  |
|      | 87.03.D                       | TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1  | 138,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703D.001                 | TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1  |  |
|      | 87.03.E                       | TC DI SINGOLA ARCATI DENTARIA [DENTALSAN]  | 51,60    | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703E.001                 | TC DI SINGOLA ARCATI DENTARIA [DENTALSAN]  |  |
|      | 87.03.F                       | TC DELLE ARCATI DENTARIE [DENTALSAN]   | 83,10    | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8703F.001                 | TC DELLE ARCATI DENTARIE [DENTALSAN]   |  |
|      | 88.38.A                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)   | 104,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838A.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)   |  |
|      | 88.38.B                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)                                 | 104,50   | 08          |                 | Diagnostica per immagini  |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838B.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)                                 |  |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 88.38.C                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL'ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL'ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)   | 104.50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838C.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL'ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL'ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)   |                          |
|      | 88.38.D                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)  | 142.70  | 15          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838D.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)  |                          |
|      | 88.38.E                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)   | 142.70  | 15          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838E.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9)   |                          |
|      | 88.38.F                       | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9) | 142.70  | 15          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838F.001                 | TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAMENTO ONCOLOGICO SENZA E CON MDC (88.38.9) |                          |
|      | 88.38.G                       | TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)  | 84.60   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838G.001                 | TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)  |                          |
|      | 88.38.H                       | TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)  | 84.60   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838H.001                 | TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)  |                          |
|      | 88.38.J                       | TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)   | 84.60   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838J.001                 | TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)   |                          |
|      | 88.38.K                       | TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)   | 84.60   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838K.001                 | TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)   |                          |
|      | 88.38.L                       | TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)  | 94.10   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838L.001                 | TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)  |                          |
|      | 88.38.M                       | TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)  | 94.10   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838M.001                 | TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)  |                          |
|      | 88.38.N                       | TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)  | 94.10   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838N.001                 | TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)  |                          |
|      | 88.38.P                       | TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)   | 94.10   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838P.001                 | TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)   |                          |
|      | 88.38.Q                       | TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)  | 94.10   | 17          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838Q.001                 | TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)  |                          |
|      | 88.38.R                       | TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)  | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838R.001                 | TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)  |                          |
|      | 88.38.S                       | TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)  | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838S.001                 | TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)  |                          |
|      | 88.38.T                       | TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.V)   | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838T.001                 | TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.V)   |                          |
|      | 88.38.U                       | TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.V)   | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838U.001                 | TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.V)   |                          |
|      | 88.38.V                       | TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)  | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838V.001                 | TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)  |                          |
|      | 88.38.W                       | TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)  | 134.20  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838W.001                 | TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)  |                          |
|      | 88.38.X                       | TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)  | 149.10  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838X.001                 | TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)  |                          |
|      | 88.38.Y                       | TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)   | 149.10  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838Y.001                 | TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)   |                          |
|      | 88.38.Z                       | TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)  | 149.10  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8838Z.001                 | TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)  |                          |
|      | 88.39.A                       | TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.39.5)   | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839A.001                 | TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.39.5)   |                          |
|      | 88.39.B                       | TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)  | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839B.001                 | TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)  |                          |
|      | 88.39.C                       | TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)   | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839C.001                 | TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)   |                          |
|      | 88.39.D                       | TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)   | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839D.001                 | TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)   |                          |
|      | 88.39.E                       | TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)   | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839E.001                 | TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)   |                          |
|      | 88.39.F                       | TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)   | 135.60  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839F.001                 | TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)   |                          |
|      | 88.39.G                       | TC DI GINOCCHIO E GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)  | 142.70  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839G.001                 | TC DI GINOCCHIO E GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)  |                          |
|      | 88.39.H                       | TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.F) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)   | 142.70  | 18          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8839H.001                 | TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.F) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)   |                          |
|      | 88.74.A                       | ECOCOLORDOPPLER VASI SPALNINICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi  | 46.00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia    | 05              | Chirurgia vascolare  |                 |                      |                 |                      | 8874A.001                 | ECOCOLORDOPPLER VASI SPALNINICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi  |                          |
|      | 88.79.A                       | ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di distasi muscolare. Incluso: color Doppler se necessario   | 37.80   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 03              | Chirurgia generale   |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879A.001                 | ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di distasi muscolare. Incluso: color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.79.B                       | CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e 50.91.2  | 53.70   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879B.001                 | CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e 50.91.2  |                          |
|      | 88.79.D                       | ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)  | 50.10   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 25              | Urologia             |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879D.001                 | ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)  |                          |
|      | 88.79.E                       | ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi  | 40.00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 05              | Chirurgia vascolare  | 25              | Urologia             |                 |                      |                 |                      | 8879E.001                 | ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi  |                          |
|      | 88.79.F                       | ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: color Doppler se necessario   | 43.35   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879F.001                 | ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: color Doppler se necessario   |                          |
|      | 88.79.H                       | ECOGRAFIA ORGANI MIRATA CON MDC. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2   | 29.30   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879H.001                 | ECOGRAFIA ORGANI MIRATA CON MDC. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2   |                          |
|      | 88.79.K                       | ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)   | 30.00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 10              | Gastroenterologia    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879K.001                 | ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)   |                          |
|      | 88.79.L                       | ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVARE, ASCELLARE, INGUINALE)  | 28.40   | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8879L.001                 | ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVARE, ASCELLARE, INGUINALE)  |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1     | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 88.94.B                       | RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133,20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894B.001                 | RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.C                       | RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE). Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133,20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894C.001                 | RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE). Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   |                          |
|      | 88.94.D                       | RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133,20  | 27          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894D.001                 | RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.E                       | RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133,20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894E.001                 | RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.F                       | RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   | 133,20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894F.001                 | RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94   |                          |
|      | 88.94.G                       | RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  | 133,20  | 26          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894G.001                 | RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94  |                          |
|      | 88.94.H                       | RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894H.001                 | RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.I                       | RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894I.001                 | RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.J                       | RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894J.001                 | RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.K                       | RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894K.001                 | RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.L                       | RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894L.001                 | RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.M                       | RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894M.001                 | RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.N                       | RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894N.001                 | RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.P                       | RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894P.001                 | RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.R                       | RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE) SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894R.001                 | RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE) SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.S                       | RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894S.001                 | RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.T                       | RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894T.001                 | RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.U                       | RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894U.001                 | RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM  |                          |
|      | 88.94.V                       | RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   | 203,70  | 28          | 08              | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894V.001                 | RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM   |                          |
|      | 88.94.W                       | ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE   | 212,50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894W.001                 | ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE   |                          |
|      | 88.94.X                       | ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE   | 212,50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894X.001                 | ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE   |                          |
|      | 88.94.Y                       | ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC   | 329,40  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894Y.001                 | ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.94.Z                       | ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC   | 329,40  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8894Z.001                 | ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.95.A                       | ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC   | 329,40  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895A.001                 | ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.95.B                       | RM ENDOCAVITARIA   | 212,50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895B.001                 | RM ENDOCAVITARIA   |                          |
|      | 88.95.C                       | RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC   | 329,40  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895C.001                 | RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC   |                          |
|      | 88.95.D                       | RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO  | 138,10  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895D.001                 | RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO  |                          |
|      | 88.95.E                       | RM UROGRAFIA   | 138,10  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895E.001                 | RM UROGRAFIA   |                          |
|      | 88.95.F                       | RM FETALE  | 212,50  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8895F.001                 | RM FETALE  |                          |
|      | 88.97.A                       | COLANGIO RM  | 138,10  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8897A.001                 | COLANGIO RM  |                          |
|      | 88.97.B                       | COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base   | 207,10  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8897B.001                 | COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base   |                          |
|      | 88.97.C                       | RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5) | 182,30  | 08          |                 | Diagnostica per immagini |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8897C.001                 | RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5) |                          |
|      | 89.01.A                       | VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO   | 17,90   | 08          |                 | Diagnostica per immagini | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901A.001                 | VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.B                       | VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento                                 | 17,90   | 13          |                 | Nefrologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901B.001                 | VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento                                 |                          |
|      | 89.01.B                       | VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento                                 | 17,90   | 13          |                 | Nefrologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901B.002                 | VISITA DI CONTROLLO PER DIALISI PERITONEALE  |                          |
|      | 89.01.B                       | VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento                                 | 17,90   | 13          |                 | Nefrologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901B.003                 | VISITA DI CONTROLLO TRAPIANTOLOGICA (NEFROLOGIA)   |                          |
|      | 89.01.B                       | VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento                                 | 17,90   | 13          |                 | Nefrologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901B.004                 | STESURA PIANO DI TRATTAMENTO EMO-DIALISI/DIALISI PERITONEALE   |                          |
|      | 89.01.C                       | VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA) DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1   | 17,90   | 15          |                 | Neurologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901C.001                 | VISITA DI CONTROLLO NEUROLOGICA  |                          |
|      | 89.01.C                       | VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA) DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1   | 17,90   | 15          |                 | Neurologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901C.002                 | VISITA DI CONTROLLO NEUROCHIRURGICA  |                          |
|      | 89.01.C                       | VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA) DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1   | 17,90   | 15          |                 | Neurologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901C.003                 | VISITA DI CONTROLLO PER CEFALEE  |                          |
|      | 89.01.C                       | VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA) DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1   | 17,90   | 15          |                 | Neurologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901C.004                 | VISITA DI CONTROLLO MALATTIE NEUROMETABOLICHE  |                          |
|      | 89.01.D                       | VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni agenti del sistema visivo in coerenza con il quadro diagnostico   | 17,90   | 16          |                 | Oculistica               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901D.001                 | VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni agenti del sistema visivo in coerenza con il quadro diagnostico   |                          |
|      | 89.01.E                       | VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3   | 17,90   | 17          |                 | Odontostomatologia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901E.001                 | VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3   |                          |
|      | 89.01.E                       | VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3   | 17,90   | 17          |                 | Odontostomatologia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901E.002                 | VISITA DI CONTROLLO DI ORTOGATODONZIA  |                          |
|      | 89.01.E                       | VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3   | 17,90   | 17          |                 | Odontostomatologia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901E.003                 | VISITA DI CONTROLLO ORTODONTICA  |                          |
|      | 89.01.E                       | VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3   | 17,90   | 17          |                 | Odontostomatologia       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901E.004                 | VISITA DI CONTROLLO IMPLANTOPROTESICA  |                          |
|      | 89.01.F                       | VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 18          |                 | Oncologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901F.001                 | VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO   |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 89.01.F                       | VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 18          | Oncologia                        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901F.002                 | STESURA PIANO DI TRATTAMENTO DI CHEMIOTERAPIA ONCOLOGICA  |                          |
|      | 89.01.F                       | VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 18          | Oncologia                        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901F.003                 | VISITA DI CONTROLLO DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA   |                          |
|      | 89.01.G                       | VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 19          | Ortopedia                        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901G.001                 | VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO  |                          |
|      | 89.01.G                       | VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 19          | Ortopedia                        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901G.002                 | VISITA DI CONTROLLO CHIRURGIA DELLA MANO  |                          |
|      | 89.01.G                       | VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO  | 17,90   | 19          | Ortopedia                        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901G.003                 | VISITA DI CONTROLLO TRAUMATOLOGICO  |                          |
|      | 89.01.H                       | VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume   | 17,90   | 21          | Otorinolaringoiatria             |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901H.001                 | VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume   |                          |
|      | 89.01.H                       | VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume   | 17,90   | 21          | Otorinolaringoiatria             |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901H.002                 | VISITA DI CONTROLLO AUDIOLOGICA   |                          |
|      | 89.01.H                       | VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume   | 17,90   | 21          | Otorinolaringoiatria             |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901H.003                 | VISITA DI CONTROLLO FONIATRICA  |                          |
|      | 89.01.I                       | VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa  | 17,90   | 22          | Pneumologia                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901I.001                 | VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa  |                          |
|      | 89.01.N                       | VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 08          | Diagnostica per immagini         |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901N.001                 | VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.P                       | VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901P.001                 | VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.P                       | VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO   | 17,90   | 24          | Radioterapia                     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901P.002                 | VISITA DI CONTROLLO RADIOTERAPICA in corso di radioterapia  |                          |
|      | 89.01.Q                       | VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica   | 17,90   | 25          | Urologia                         |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Q.001                 | VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica   |                          |
|      | 89.01.Q                       | VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica   | 17,90   | 25          | Urologia                         |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Q.002                 | VISITA DI CONTROLLO ANDROLOGICA   |                          |
|      | 89.01.R                       | VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)   | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901R.001                 | VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)   |                          |
|      | 89.01.S                       | VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE   | 17,90   | 03          | Chirurgia generale               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901S.001                 | VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE   |                          |
|      | 89.01.S                       | VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE   | 17,90   | 03          | Chirurgia generale               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901S.002                 | VISITA DI CONTROLLO GNATOLGICA  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.001                 | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.002                 | VISITA DI CONTROLLO FISIATRICA  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.003                 | VISITA DI CONTROLLO RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.004                 | VISITA DI CONTROLLO PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.005                 | VISITA DI CONTROLLO NON AUTOSUFFICIENTIA  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.006                 | VISITA DI CONTROLLO FISIATRICA AUTORIZZATA  |                          |
|      | 89.01.W                       | VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO   | 17,90   | 12          | Medicina Fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901W.007                 | VISITA DI CONTROLLO PROGRAMMA PROTESIICO  |                          |
|      | 89.01.Y                       | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Y.001                 | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione |                          |
|      | 89.01.Y                       | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Y.002                 | VISITA DI CONTROLLO PROCREAZIONE MEDICAMENTE ASSISTITA  |                          |
|      | 89.01.Y                       | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Y.003                 | CONSULENZA DI GENETICA e/O CITOGENETICA PRENATALE   |                          |
|      | 89.01.Y                       | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Y.004                 | CONSULENZA GENETICA POST CONCEZIONALE   |                          |
|      | 89.01.Y                       | VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione | 17,90   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8901Y.005                 | CONSULENZA GENETICA PRE CONCEZIONALE  |                          |
|      | 89.07.A                       | PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)  | 46,00   | 26          | Altre                            |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8907A.001                 | PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)  |                          |
|      | 89.15.A                       | POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)  | 92,95   | 21          | Otorinolaringoiatria             |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8915A.001                 | POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)  |                          |
|      | 89.15.B                       | POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)   | 52,75   | 15          | Neurologia                       |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 8915B.001                 | POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)   |                          |
|      | 89.7A.1                       | PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 01          | Anestesia/Analgesia              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A1.001                 | VISITA ANESTESIOLOGICA  |                          |
|      | 89.7A.1                       | PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 01          | Anestesia/Analgesia              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A1.002                 | VISITA ALGOLOGICA   |                          |
|      | 89.7A.2                       | PRIMA VISITA ANGIOLOGICA  | 25,00   | 05          | Chirurgia vascolare              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A2.001                 | PRIMA VISITA ANGIOLOGICA  |                          |
|      | 89.7A.2                       | PRIMA VISITA ANGIOLOGICA  | 25,00   | 05          | Chirurgia vascolare              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A2.002                 | VISITA PER EMOCOAGULAZIONE  |                          |
|      | 89.7A.3                       | PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)   | 33,60   | 02          | Cardiologia                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A3.001                 | PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)   |                          |
|      | 89.7A.3                       | PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)   | 33,60   | 02          | Cardiologia                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A3.002                 | VISITA CENTRO TROMBOSI/ COAGULOPATIE  |                          |
|      | 89.7A.3                       | PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)   | 33,60   | 02          | Cardiologia                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A3.003                 | VISITA PER IPERTENSIONE   |                          |
|      | 89.7A.3                       | PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)   | 33,60   | 02          | Cardiologia                      |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A3.004                 | VISITA TRAPIANTOLOGICA (CARDIOLOGIA)  |                          |
|      | 89.7A.4                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE  | 25,00   | 03          | Chirurgia generale               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A4.001                 | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE  |                          |
|      | 89.7A.4                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE  | 25,00   | 03          | Chirurgia generale               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A4.002                 | VISITA COLON-PROCTOLOGICA   |                          |
|      | 89.7A.4                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE  | 25,00   | 03          | Chirurgia generale               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A4.003                 | VISITA GENOLOGICA   |                          |
|      | 89.7A.5                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA  | 25,00   | 04          | Chirurgia plastica               |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A5.001                 | PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA  |                          |
|      | 89.7A.6                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE   | 25,00   | 05          | Chirurgia vascolare              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A6.001                 | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE   |                          |
|      | 89.7A.6                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE   | 25,00   | 05          | Chirurgia vascolare              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A6.002                 | VISITA ANGIOCHIRURGICA  |                          |
|      | 89.7A.6                       | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE   | 25,00   | 05          | Chirurgia vascolare              |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A6.003                 | VISITA PER PIEDE DIABETICO  |                          |
|      | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza  | 25,40   | 06          | Dermatologia/Allergologia        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.001                 | VISITA ALLERGologica NAS  |                          |
|      | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza  | 25,40   | 06          | Dermatologia/Allergologia        |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.002                 | VISITA ALLERGologica (PROBLEMI DERMATOLOGICI)   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE    | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1             | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|---------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.003                 | VISITA ALLERGOLOGICA (PROBLEMI RESPIRATORI)   |                          |
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.004                 | VISITA DERMATOLOGICA  |                          |
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.005                 | VISITA DERMATOLOGICA PER IMMUNOPATOLOGIA  |                          |
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.006                 | VISITA DERMATOLOGICA PSORIASI   |                          |
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.007                 | VISITA DERMOCIRURGICA   |                          |
|         | 89.7A.7                       | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Includo: Eventuale osservazione in epiluminescenza   | 25,40   | 06          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A7.008                 | VISITA IMMUNOLOGICA   |                          |
|         | 89.7A.8                       | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 09          | 09              | Endocrinologia                   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A8.001                 | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale stesura del piano nutrizionale   |                          |
|         | 89.7A.8                       | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 09          | 09              | Endocrinologia                   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A8.002                 | VISITA DI NUTRIZIONE CLINICA  |                          |
|         | 89.7A.8                       | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 09          | 09              | Endocrinologia                   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A8.003                 | VISITA DIABETOLOGICA  |                          |
|         | 89.7A.8                       | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Includo: eventuale stesura del piano nutrizionale   | 25,00   | 09          | 09              | Endocrinologia                   |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A8.004                 | VISITA DIABETOLOGICA PER DIABETE GESTAZIONALE   |                          |
|         | 89.7A.9                       | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA   | 25,00   | 10          | 10              | Gastroenterologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A9.001                 | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA   |                          |
|         | 89.7A.9                       | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA   | 25,00   | 10          | 10              | Gastroenterologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A9.002                 | VISITA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE  |                          |
|         | 89.7A.9                       | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA   | 25,00   | 10          | 10              | Gastroenterologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A9.003                 | VISITA EPATOLOGICA  |                          |
|         | 89.7A.9                       | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA   | 25,00   | 10          | 10              | Gastroenterologia                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897A9.004                 | VISITA TRAPIANTOLOGICA (EPATOLOGIA)   |                          |
| 89.7B.1 |                               | PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Includo: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07 | 25,00   | 26          |                 | Altre                            |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B1.001                 | PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Includo: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07 |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.001                 | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.002                 | VISITA FISIATRICA   |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.003                 | VISITA FISIATRICA AUTORIZZATIVA   |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.004                 | VISITA PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE   |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.005                 | VISITA PER PROGRAMMA PROTETICO  |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.006                 | VISITA PER VALUTAZIONE NON AUTOSUFFICENZA   |                          |
| 89.7B.2 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5  | 25,00   | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B2.007                 | VISITA RECUPERO E RIDUZIONE FUNZIONALE  |                          |
| 89.7B.3 |                               | PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Includo: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento  | 25,00   | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare    |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B3.001                 | PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Includo: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento  |                          |
| 89.7B.4 |                               | PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetic e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto  | 25,00   | 13          |                 | Nefrologia                       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B4.001                 | PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetic e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto  |                          |
| 89.7B.4 |                               | PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetic e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto  | 25,00   | 13          |                 | Nefrologia                       |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B4.002                 | VISITA TRAPIANTOLOGICA (NEFROLOGIA)   |                          |
| 89.7B.5 |                               | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Includo: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   | 25,35   | 2           | 17              | Odontostomatologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B5.001                 | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Includo: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   |                          |
| 89.7B.5 |                               | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Includo: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   | 25,35   |             | 17              | Odontostomatologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B5.002                 | VISITA DI ORTOGNATODONZIA   |                          |
| 89.7B.5 |                               | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Includo: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   | 25,35   |             | 17              | Odontostomatologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B5.003                 | VISITA IMPLANTOPROTETICA  |                          |
| 89.7B.5 |                               | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Includo: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   | 25,35   |             | 17              | Odontostomatologia               |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B5.004                 | VISITA ORTODONTICA  |                          |
| 89.7B.6 |                               | PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento  | 25,00   | 18          |                 | Oncologia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B6.001                 | PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento  |                          |
| 89.7B.6 |                               | PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento  | 25,00   | 18          |                 | Oncologia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B6.002                 | VISITA DERMATOLOGICA ONCOLOGICA   |                          |
| 89.7B.6 |                               | PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Includo: stesura del piano di trattamento  | 25,00   | 18          |                 | Oncologia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B6.003                 | VISITA DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA  |                          |
| 89.7B.7 |                               | PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare   | 25,00   | 19          |                 | Ortopedia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B7.001                 | PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare   |                          |
| 89.7B.7 |                               | PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare   | 25,00   | 19          |                 | Ortopedia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B7.002                 | VISITA CHIRURGICA DELLA MANO  |                          |
| 89.7B.7 |                               | PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare   | 25,00   | 19          |                 | Ortopedia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B7.003                 | VISITA PER OSTEOPOROSI  |                          |
| 89.7B.7 |                               | PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Includo: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare   | 25,00   | 19          |                 | Ortopedia                        |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B7.004                 | VISITA TRAUMATOLOGICA   |                          |
| 89.7B.8 |                               | PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Includo, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume   | 26,20   | 21          |                 | Otorinolaringoiatria             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B8.001                 | PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Includo, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume   |                          |
| 89.7B.8 |                               | PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Includo, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume   | 26,20   | 21          |                 | Otorinolaringoiatria             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B8.002                 | VISITA AUDIOLOGICA  |                          |
| 89.7B.8 |                               | PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Includo, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume   | 26,20   | 21          |                 | Otorinolaringoiatria             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B8.003                 | VISITA FONIATRICA   |                          |
| 89.7B.9 |                               | PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Includo: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa   | 25,00   | 22          |                 | Pneumologia                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897B9.001                 | PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Includo: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa   |                          |
| 89.7C.1 |                               | PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Includo: stesura del piano di trattamento   | 25,00   | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897C1.001                 | PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Includo: stesura del piano di trattamento   |                          |
| 89.7C.1 |                               | PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Includo: stesura del piano di trattamento   | 25,00   | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897C1.002                 | VISITA RADIOTERAPICA PRE-TRATTAMENTO  |                          |
| 89.7C.2 |                               | PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Includo: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale  | 25,00   | 25          |                 | Urologia                         |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897C2.001                 | VISITA UROLOGICA  |                          |
| 89.7C.2 |                               | PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Includo: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale  | 25,00   | 25          |                 | Urologia                         |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 897C2.002                 | VISITA ANDROLOGICA  |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 90.87.R                       | BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM  | 17,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9087R.001                 | BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM  |                          |
|      | 90.87.S                       | BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  | 13,05   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9087S.001                 | BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  |                          |
|      | 90.87.T                       | BORRELLIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale immunoblotting  | 13,60   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9087T.001                 | BORRELLIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale immunoblotting  |                          |
|      | 90.88.E                       | CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3   | 19,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9088E.001                 | CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3   |                          |
|      | 90.88.G                       | CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  | 16,60   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9088G.001                 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  |                          |
|      | 90.88.H                       | CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  | 14,70   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9088H.001                 | CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative  |                          |
|      | 90.88.J                       | CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative   | 17,65   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9088J.001                 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative   |                          |
|      | 90.90.A                       | CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA   | 26,55   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9090A.001                 | CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA   |                          |
|      | 90.90.B                       | CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcoolico acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   | 9,00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9090B.001                 | CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcoolico acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI   |                          |
|      | 90.90.E                       | ECHINOCCOCO (IDATIDOSI) ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting  | 14,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9090E.001                 | ECHINOCCOCO (IDATIDOSI) ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting  |                          |
|      | 90.90.G                       | COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM   | 12,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9090G.001                 | COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM   |                          |
|      | 90.93.A                       | ESAME CULTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093A.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.93.B                       | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (culturale o ricerca antigeni). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI   | 14,90   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093B.001                 | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (culturale o ricerca antigeni). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI   |                          |
|      | 90.93.C                       | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame culturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplifich. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOICAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA   | 101,00  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093C.001                 | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame culturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplifich. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOICAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA   |                          |
|      | 90.93.D                       | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame culturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplifich. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOICAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA | 70,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093D.001                 | ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame culturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplifich. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOICAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA |                          |
|      | 90.93.E                       | ESAME CULTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO D/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO (TEST DI STAMEY) PROSTATICO (TEST DI STAMEY) Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma   | 53,60   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093E.001                 | ESAME CULTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO D/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO (TEST DI STAMEY) PROSTATICO (TEST DI STAMEY) Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma   |                          |
|      | 90.93.J                       | ESAME CULTURALE ESSUDATI PURULENTI (PUS) DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma  | 33,55   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093J.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATI PURULENTI (PUS) DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma  |                          |
|      | 90.93.K                       | ESAME CULTURALE ESSUDATI PURULENTI (PUS) DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   | 19,25   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093K.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATI PURULENTI (PUS) DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.93.L                       | ESAME CULTURALE ESSUDATI (pleurico, peritoneale, articolare, pericardico). Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   | 33,65   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9093L.001                 | ESAME CULTURALE ESSUDATI (pleurico, peritoneale, articolare, pericardico). Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma   |                          |
|      | 90.94.C                       | HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA   | 4,60    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9094C.001                 | HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA   |                          |
|      | 91.01.A                       | MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE  | 21,95   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9101A.001                 | MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE  |                          |
|      | 91.02.A                       | MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D   | 11,65   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9102A.001                 | MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D   |                          |
|      | 91.02.D                       | MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative   | 13,40   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9102D.001                 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative   |                          |
|      | 91.05.A                       | PARASSITI (ELMINTI, PROTOZOI) ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 46,80   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9105A.001                 | PARASSITI (ELMINTI, PROTOZOI) ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.05.B                       | ANISAKIS ANTICORPI  | 16,40   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9105B.001                 | ANISAKIS ANTICORPI  |                          |
|      | 91.05.C                       | PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)   | 10,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9105C.001                 | PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)   |                          |
|      | 91.05.D                       | PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 97,95   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9105D.001                 | PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 91.06.A                       | PNEUMOCOCCISTI JIROVECHI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)  | 7,20    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9106A.001                 | PNEUMOCOCCISTI JIROVECHI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)  |                          |
|      | 91.06.B                       | PNEUMOCOCCISTI JIROVECHI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 63,05   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9106B.001                 | PNEUMOCOCCISTI JIROVECHI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.06.C                       | PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi. Non associabile a 90.90.B, 90.92.7 e 90.94.7  | 17,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9106C.001                 | PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi. Non associabile a 90.90.B, 90.92.7 e 90.94.7  |                          |
|      | 91.08.A                       | TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI   | 10,40   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9108A.001                 | TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI   |                          |
|      | 91.08.B                       | TOSSINA TETANICA ANTICORPI  | 9,70    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9108B.001                 | TOSSINA TETANICA ANTICORPI  |                          |
|      | 91.08.C                       | STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI   | 12,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9108C.001                 | STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI   |                          |
|      | 91.09.B                       | TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 43,85   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9109B.001                 | TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 91.09.D                       | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avvidità delle IgG se IgG positive e IgM positive e IgM positive e IgM positive e IgM positive. Incluso: eventuale IgA e immunoblotting  | 8,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9109D.001                 | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avvidità delle IgG se IgG positive e IgM positive e IgM positive e IgM positive. Incluso: eventuale IgA e immunoblotting   |                          |
|      | 91.10.A                       | TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B  | 23,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9110A.001                 | TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B  |                          |
|      | 91.10.B                       | TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting   | 6,65    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9110B.001                 | TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting   |                          |
|      | 91.12.A                       | VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.  | 96,15   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9112A.001                 | VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.  |                          |
|      | 91.12.B                       | VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione  | 51,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9112B.001                 | VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione  |                          |
| R    | 91.15.A                       | VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME CULTURALE. Incluso: identificazione   | 28,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9115A.001                 | VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME CULTURALE. Incluso: identificazione   |                          |
|      | 91.15.B                       | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 49,35   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9115B.001                 | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.15.C                       | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 44,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9115C.001                 | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 91.15.D                       | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)   | 7,20    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9115D.001                 | VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)   |                          |
|      | 91.15.F                       | VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avdità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS               | 8,40    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9115F.001                 | VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avdità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS               |                          |
|      | 91.16.A                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   | 112,45  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9116A.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo   |                          |
|      | 91.16.B                       | VIRUS EPATITE B (HBV) ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 41,85   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9116B.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.16.C                       | VIRUS EPATITE B (HBV) TRIPAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento  | 86,20   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9116C.001                 | VIRUS EPATITE B (HBV) TRIPAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento  |                          |
|      | 91.16.D                       | VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM   | 98,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9116D.001                 | VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM   |                          |
|      | 91.21.B                       | VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG   | 6,00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9121B.001                 | VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG   |                          |
|      | 91.21.D                       | VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   | 46,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9121D.001                 | VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione   |                          |
|      | 91.23.F                       | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2). TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS   | 12,05   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9123F.001                 | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2). TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS   |                          |
| R    | 91.24.C                       | VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) TRIPAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  | 98,20   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9124C.001                 | VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) TRIPAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione  |                          |
|      | 91.24.F                       | VIRUS MORBILLI ANTICORPI IgG e IgM  | 14,95   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9124F.001                 | VIRUS MORBILLI ANTICORPI IgG e IgM  |                          |
|      | 91.24.G                       | VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM  | 15,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9124G.001                 | VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM  |                          |
|      | 91.25.D                       | VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI   | 9,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9125D.001                 | VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI   |                          |
|      | 91.26.C                       | VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM   | 8,50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9126C.001                 | VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM   |                          |
|      | 91.26.D                       | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avdità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie   | 11,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9126D.001                 | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avdità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie   |                          |
|      | 91.26.E                       | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario   | 6,70    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9126E.001                 | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG   |                          |
|      | 91.26.F                       | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario   | 6,70    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9126F.001                 | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IGM   |                          |
|      | 91.38.L                       | CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)  | 160,90  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9138L.001                 | CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)  |                          |
|      | 91.39.B                       | ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  | 33,15   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139B.001                 | ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  |                          |
|      | 91.39.C                       | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 35,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139C.001                 | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.39.D                       | ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  | 33,15   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139D.001                 | ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  |                          |
|      | 91.39.E                       | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 40,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139E.001                 | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.39.F                       | ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  | 33,15   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139F.001                 | ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  |                          |
|      | 91.39.G                       | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  | 38,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139G.001                 | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  |                          |
|      | 91.39.H                       | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 36,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139H.001                 | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.39.J                       | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 38,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139J.001                 | ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.39.L                       | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  | 55,65   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139L.001                 | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi  |                          |
|      | 91.39.N                       | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 70,90   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9139N.001                 | ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.40.A                       | ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140A.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.40.B                       | ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140B.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.40.C                       | ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140C.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.40.D                       | ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ECCESSIONE DI NEOPFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140D.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ECCESSIONE DI NEOPFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.40.E                       | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione   | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140E.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione   |                          |
|      | 91.40.G                       | ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neopformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                       | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140G.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neopformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                       |                          |
|      | 91.40.H                       | ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                     | 55,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9140H.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                     |                          |
|      | 91.41.B                       | ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 59,10   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141B.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.41.C                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELLACHIA. Incluso: valutazione immunostochimica per CD3   | 51,50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141C.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELLACHIA. Incluso: valutazione immunostochimica per CD3   |                          |
|      | 91.41.D                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni | 65,85   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141D.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni |                          |
|      | 91.41.E                       | ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECATOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   | 55,45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141E.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECATOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi   |                          |
|      | 91.41.F                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ECCESSIONE DI NEOPFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42,30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141F.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ECCESSIONE DI NEOPFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIE E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | 91.41.G                       | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                                       | 77.95   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141G.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                                       |                          |
|      | 91.41.J                       | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi.  | 55.45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141J.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi.  |                          |
|      | 91.41.K                       | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141K.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.41.L                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITIS CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi                   | 61.25   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9141L.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITIS CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi                   |                          |
|      | 91.42.C                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142C.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.42.D                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 55.45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142D.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.42.E                       | ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 62.70   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142E.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.42.F                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 61.25   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142F.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.42.G                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142G.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.42.H                       | ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITA NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9142H.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITA NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.43.A                       | ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143A.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.43.B                       | ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143B.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.43.D                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143D.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.43.E                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVIC UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi           | 66.50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143E.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVIC UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi           |                          |
|      | 91.43.G                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143G.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.43.H                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143H.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.43.K                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Includa immunofluorescenza. Per campione e almeno 7 marcatori | 59.50   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143K.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Includa immunofluorescenza. Per campione e almeno 7 marcatori |                          |
|      | 91.43.L                       | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9143L.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.46.A                       | ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   | 55.45   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9146A.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione   |                          |
|      | 91.46.B                       | ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  | 42.30   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9146B.001                 | ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includo: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C001                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X ERITROCITI  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C002                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X IPEROSINOFILIA  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C003                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C004                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LINFOMA/LEUCEMIA CELL. BETA: TRASLOCAZIONI IGH/BCL1, IGH/BCL2   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C005                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA: IPERMUTAZIONE SOMATICA IGHV   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C006                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X MASTOCITOSI   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C007                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X MIELODISPLASIE (INCLUSA LA LEUCEMIA MIELOMONOCITICA GIOVANILE)  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C008                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X MIELOFIBROSI  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C009                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X PIASTRINOPENIE FAMILIARI  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C010                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X POLICITEMIA VERA  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C011                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X TROMBOCITEMIA ESSENZIALE  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C012                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LEUCEMIA LINFOLASTICA ACUTA   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C013                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X ALTRE SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE (MPN)   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C014                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LINFOMI NON-HODGKIN   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C015                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA  |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C016                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA   |                          |
|      | 91.47.C                       | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni  | 190.30  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147C017                  | IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA FINO A 8 ANTIGENI X MIELOMA MULTIPLO E GAMMOPATIE MONOCLONALI   |                          |
|      | 91.47.L                       | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori  | 63.15   | 75          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147L.001                 | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori  |                          |
| R    | 91.47.M                       | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori  | 63.15   | 75          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147M.001                 | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 91.47.N                       | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori                  | 63.15   | 75          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147N.001                 | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori                  |                          |
|      | 91.47.P                       | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori | 63.15   | 75          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9147P.001                 | PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori |                          |
| R MR | 91.5R.1                       | SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari            | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R1.001                 | SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari            |                          |
| R MR | 91.5R.2                       | ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO  | 159.20  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R2.001                 | ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO  |                          |
| R MR | 91.5R.3                       | DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPICI STABILI   | 174.20  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R3.001                 | DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPICI STABILI   |                          |
| R MR | 91.5R.4                       | ACIDO ORTICO URINARIO. DOSAGGIO  | 28.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R4.001                 | ACIDO ORTICO URINARIO. DOSAGGIO  |                          |
| R MR | 91.5R.5                       | BETA-IDROSSIBUTIRATO   | 5.00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R5.001                 | BETA-IDROSSIBUTIRATO   |                          |
| R MR | 91.5R.6                       | ACIDO ACETOACETICO   | 10.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R6.001                 | ACIDO ACETOACETICO   |                          |
| R MR | 91.5R.7                       | NEFA (acidi grassi non esterificati)   | 2.15    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R7.001                 | NEFA (acidi grassi non esterificati)   |                          |
| R MR | 91.5R.8                       | CARNITINA LIBERA   | 8.00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R8.001                 | CARNITINA LIBERA   |                          |
| R MR | 91.5R.9                       | CARNITINA ESTERIFICATA   | 8.00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915R9.001                 | CARNITINA ESTERIFICATA   |                          |
| R MR | 91.5R.A                       | PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS  | 52.85   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RA.001                 | PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS  |                          |
| R MR | 91.5R.B                       | SUCCINILACETONE URINARIO   | 102.70  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RB.001                 | SUCCINILACETONE URINARIO   |                          |
| R MR | 91.5R.C                       | N-ACETILASPARTATO  | 10.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RC.001                 | N-ACETILASPARTATO  |                          |
| R MR | 91.5R.D                       | PTERINE PLASMATICHE E URINARIE   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RD.001                 | PTERINE PLASMATICHE E URINARIE   |                          |
| R MR | 91.5R.E                       | OLIGOSACCARIDI URINARI   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RE.001                 | OLIGOSACCARIDI URINARI   |                          |
| R MR | 91.5R.F                       | CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RF.001                 | CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI   |                          |
| R MR | 91.5R.G                       | ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)  | 102.70  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RG.001                 | ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)  |                          |
| R MR | 91.5R.H                       | ELETTOFOROESI DELLA TRANSFERRINA SERICA  | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RH.001                 | ELETTOFOROESI DELLA TRANSFERRINA SERICA  |                          |
| R MR | 91.5R.I                       | CISTINA INTRALEUCOCITARIA  | 111.85  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RI.001                 | CISTINA INTRALEUCOCITARIA  |                          |
| R MR | 91.5R.K                       | ENZIMI DEL METABOLISMO GLUCIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RK.001                 | ENZIMI DEL METABOLISMO GLUCIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.L                       | ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RL.001                 | ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.M                       | ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RM.001                 | ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.N                       | ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RN.001                 | ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  |                          |
| R MR | 91.5R.O                       | ENZIMI METABOLISMO PRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RO.001                 | ENZIMI METABOLISMO PRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.Q                       | ENZIMI LISSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  | 128.00  |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RQ.001                 | ENZIMI LISSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  |                          |
| R MR | 91.5R.R                       | ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RR.001                 | ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  |                          |
| R MR | 91.5R.S                       | ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RS.001                 | ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.T                       | ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RT.001                 | ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio  |                          |
| R MR | 91.5R.U                       | ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 40.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RU.001                 | ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.W                       | RAMÉ TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   | 4.00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RW.001                 | RAMÉ TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio   |                          |
| R MR | 91.5R.X                       | MICROPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING   | 10.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RX.001                 | MICROPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING   |                          |
| R MR | 91.5R.Y                       | MICROPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO  | 43.00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RY.001                 | MICROPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO  |                          |
| R MR | 91.5R.Z                       | N-ACETILGLUCOSAMINIDASI  | 6.50    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 915RZ.001                 | N-ACETILGLUCOSAMINIDASI  |                          |
|      | 91.60.1                       | STATO MUTAZIONALE EGFR   | 151.00  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91601G001                 | STATO MUTAZIONALE EGFR X CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE   |                          |
|      | 91.60.1                       | STATO MUTAZIONALE EGFR   | 151.00  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91601G101                 | STATO MUTAZIONALE EGFR X CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE. (STOPIATO AGENZIE CARCINOMA - PER SELTA TERAPEUTICA ADIUVANTE                      |                          |
|      | 91.60.2                       | RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1   | 196.75  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91602G001                 | RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1 X CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE   |                          |
|      | 91.60.3                       | STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS   | 256.00  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91603G002                 | STATO MUTAZIONALE K-RAS e N-RAS X CARCINOMA DEL COLON RETTO  |                          |
|      | 91.60.4                       | STATO MUTAZIONALE H-RAS  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91604G001                 | STATO MUTAZIONALE H-RAS  |                          |
|      | 91.60.5                       | STATO MUTAZIONALE K-RAS  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91605G001                 | STATO MUTAZIONALE K-RAS  |                          |
|      | 91.60.6                       | STATO MUTAZIONALE B-RAF  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91606E109                 | STATO MUTAZIONALE B-RAF X HAIRY-CELL LEUCEMIA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.6                       | STATO MUTAZIONALE B-RAF  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91606G002                 | STATO MUTAZIONALE B-RAF X CARCINOMA DEL COLON RETTO  |                          |
|      | 91.60.6                       | STATO MUTAZIONALE B-RAF  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91606G003                 | STATO MUTAZIONALE B-RAF X MELANOMA MALIGNO   |                          |
|      | 91.60.6                       | STATO MUTAZIONALE B-RAF  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91606G004                 | STATO MUTAZIONALE B-RAF X TUMORI A ORIGINE DALLE CELLULE FOLLICOLARI DELLA TIROIDE   |                          |
|      | 91.60.7                       | INSTABILITA' MICROSATELLITARE  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91607G002                 | INSTABILITA' MICROSATELLITARE X CARCINOMA DEL COLON RETTO  |                          |
|      | 91.60.7                       | INSTABILITA' MICROSATELLITARE  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91607G007                 | INSTABILITA' MICROSATELLITARE X CARCINOMA GASTRICO E DELLA GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA. METASTATICO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                      |                          |
|      | 91.60.7                       | INSTABILITA' MICROSATELLITARE  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91607G110                 | INSTABILITA' MICROSATELLITARE X CARCINOMA EPATOCOLLALE AVANZATO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.   |                          |
|      | 91.60.8                       | STATO MUTAZIONALE C-KIT  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91608G005                 | STATO MUTAZIONALE C-KIT X TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST)   |                          |
|      | 91.60.9                       | STATO MUTAZIONALE PDGFRA   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91609G005                 | STATO MUTAZIONALE PDGFRA X TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST)  |                          |
|      | 91.60.A                       | STATO HER2-neu   | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160AG006                 | STATO HER2-neu X CARCINOMA MAMMARIO  |                          |
|      | 91.60.A                       | STATO HER2-neu   | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160AG007                 | STATO HER2-neu X CARCINOMA GASTRICO  |                          |
|      | 91.60.B                       | METILAZIONE PROMOTORE MGMT   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160BG008                 | METILAZIONE PROMOTORE MGMT X TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)   |                          |
|      | 91.60.C                       | MUTAZIONI IDH1-2   | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160CG008                 | MUTAZIONI IDH1-2 X TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)   |                          |
|      | 91.60.D                       | CODELEZIONE 1p/19q   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160DG008                 | CODELEZIONE 1p/19q X TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)   |                          |
|      | 91.60.E                       | STATO MUTAZIONALE RET  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160EG009                 | STATO MUTAZIONALE RET X CARCINOMA MIDOLLAIRE DELLA TIROIDE   |                          |
|      | 91.60.F                       | AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160FG010                 | AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC X NEUROBLASTOMA  |                          |
|      | 91.60.G                       | RIARRANGIAMENTO EWSR1  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160GG011                 | RIARRANGIAMENTO EWSR1 X TUMORI PNET, CONDROSARCOMA MIXOIDE, DRCT, ISTIOCITOMA FIBROSO ANGIOMATOSIDE  |                          |
|      | 91.60.G                       | RIARRANGIAMENTO EWSR1  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160GG129                 | RIARRANGIAMENTO EWSR1 X SARCOMA DI EWING - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | 91.60.G                       | RIARRANGIAMENTO EWSR1  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160GG130                 | RIARRANGIAMENTO EWSR1 X CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRASCELITRICO - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.H                       | RIARRANGIAMENTO gene DDT3  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160HG012                 | RIARRANGIAMENTO gene DDT3 X LIPOSARCOMA MIXOIDE/CELLULE ROTONDE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.I                       | RIARRANGIAMENTO gene FOXO1   | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160IG013                 | RIARRANGIAMENTO gene FOXO1 X RABDOMIOSARCOMA ALVOLARE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.K                       | AMPLIFICAZIONE MDM2  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160KG014                 | AMPLIFICAZIONE MDM2 X LIPOSARCOMA, OSTEOSARCOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.L                       | TRASLOCAZIONE (X;18)   | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160LG015                 | TRASLOCAZIONE (X;18) X SARCOMA SINOVIALE - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | 91.60.M                       | TRASLOCAZIONE (7;16)   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160MG016                 | TRASLOCAZIONE (7;16) X SARCOMA FIBROMIXOIDE DI BASSO GRADO - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | 91.60.N                       | TRASLOCAZIONE der (17) t (1;17)  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160NG017                 | TRASLOCAZIONE der (17) t (1;17) X SARCOMA ALVEOLARE PARTI MOLLI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.P                       | TRASLOCAZIONE t (12;15)  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160PG018                 | TRASLOCAZIONE t (12;15) X NEFROMA MESOBLASTICO CONGENITO, CARCINOMA SECRETORIO DELLA MAMMELLA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.P                       | TRASLOCAZIONE t (12;15)  | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160PG136                 | TRASLOCAZIONE t (12;15) X INFANTILE SARCOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | 91.60.Q                       | TRASLOCAZIONE (11;14)  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160QG019                 | TRASLOCAZIONE (11;14) X LINFOMA MANTELLARE LINFOMA MARGINALE SPLENICO TUMORI PLASMACELLULARI   |                          |
|      | 91.60.R                       | TRASLOCAZIONE (9;14)   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160RG020                 | TRASLOCAZIONE (9;14) X LINFOMA SPLENICO LINFOMI SNC A GRANDI CELLULE B   |                          |
|      | 91.60.S                       | TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14)  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160SG021                 | TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14) X LINFOMI MALT EXTRALINFONODALI  |                          |
|      | 91.60.T                       | TRASLOCAZIONE t (2;12)   | 151.60  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160TG022                 | TRASLOCAZIONE t (2;12) X LINFOMA MANTELLARE  |                          |
|      | 91.60.U                       | TRASLOCAZIONE t (14;18)  | 151.30  | 76          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9160UG023                 | TRASLOCAZIONE t (14;18) X LINFOMA FOLLICOLARE  |                          |
|      | 91.60.V                       | TRASLOCAZIONE (2;17)   | 151.60  | 76          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                           |  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA   | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1             | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2             | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE   |
|------|-------------------------------|--|-----------|-------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--|
|      | 91.61.2                       | RIARRANGIAMENTO B6b6   | 151,30    | 76          | 11              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 91612G029                 | RIARRANGIAMENTO B6b6 X LINFOMA DIFFUSO A GRANDI CELLULE  |  |
|      | 91.90.A                       | TEST DEL SIERO AUTOLOGO  | 69,00     | 82          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9190A.001                 | TEST DEL SIERO AUTOLOGO  |  |
| H    | 91.90.B                       | TEST PERCLANTANI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni   | 52,05     | 83          | 06              | Dermatologia/Allergologia        |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9190B.001                 | TEST PERCLANTANI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni   |  |
|      | 91.90.C                       | TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene   | 12,00     | 16          |                 | Oculistica                       |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9190C.001                 | TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene   |  |
|      | 92.05.A                       | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4   | 223,40    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9205A.001                 | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4   |  |
|      | 92.05.C                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIACA   | 1.539,85  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9205C.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIACA   |  |
|      | 92.05.D                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI  | 1.539,85  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9205D.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI  |  |
|      | 92.05.E                       | TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2   | 195,95    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9205E.001                 | TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2   |  |
|      | 92.05.F                       | TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOEROMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41   | 242,95    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9205F.001                 | TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOEROMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41   |  |
|      | 92.09.B                       | SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNEVAZIONE O RECEPTORIALE O NEURORECEPTORIALE O DI METABOLISMO.  | 627,50    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9209B.001                 | SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNEVAZIONE O RECEPTORIALE O NEURORECEPTORIALE O DI METABOLISMO.  |  |
|      | 92.11.A                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI  | 1.267,90  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9211A.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI  |  |
|      | 92.18.A                       | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIODIARCATI incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  | 400,00    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9218A.001                 | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIODIARCATI incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  |  |
|      | 92.18.B                       | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECEPTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  | 480,00    | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9218B.001                 | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECEPTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione  |  |
|      | 92.18.C                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG  | 1.071,70  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9218C.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG  |  |
|      | 92.18.D                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   | 1.116,00  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         | 07              | Medicina nucleare                |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9218D.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione   |  |
|      | 92.19.A                       | TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO   | 67,00     | 08          |                 | Diagnostica per immagini         |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9219A.001                 | TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO   |  |
|      | 92.19.B                       | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO  | 1.530,00  | 08          |                 | Diagnostica per immagini         |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9219B.001                 | TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO  |  |
|      | 92.24.A                       | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute   | 600,00    | 101         | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9224A.001                 | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute   | Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 450 fino a un massimo di 10; oltre 10 la seduta non viene remunerata  |
|      | 92.24.C                       | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO   | 1.480,40  | 85          | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9224C.001                 | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO   | Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 740,2 fino a un massimo di 3; oltre 3 la seduta non viene remunerata  |
|      | 92.24.D                       | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute  | 1.408,00  | 101         | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9224D.001                 | RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute  | Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 703,75 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata |
|      | 92.29.A                       | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.2  | 476,00    | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229A.001                 | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.2  |  |
|      | 92.29.G                       | CONTROLO DEL SET-UP INIZIALE PER 1ª SEDUTA. CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET-UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta   | 31,00     | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229G.001                 | CONTROLO DEL SET-UP INIZIALE PER 1ª SEDUTA. CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET-UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta   |  |
|      | 92.29.H                       | GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato  | 82,00     | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229H.001                 | GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato  |  |
|      | 92.29.L                       | CONTROLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta   | 82,00     | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229L.001                 | CONTROLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta   |  |
|      | 92.29.Q                       | DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto  | 240,00    | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229Q.001                 | DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto  | Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 180 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata    |
|      | 92.29.R                       | DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto  | 76,65     | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229R.001                 | DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto  |  |
|      | 92.29.S                       | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO IN 4D  | 99,00     | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229S.001                 | INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO IN 4D  |  |
|      | 92.29.T                       | INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIARI. intero trattamento  | 200,00    | 24          |                 | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229T.001                 | INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIARI. intero trattamento  |  |
| R    | 92.29.U                       | ADROTERAPIA - Ciclo intero   | 21.000,00 | 97          | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229U.001                 | ADROTERAPIA - Ciclo intero   |  |
| R    | 92.29.V                       | ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).   | 8.000,00  | 97          | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229V.001                 | ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).   | Per un numero di sedute superiore a 6 la remunerazione è 0   |
| R    | 92.29.W                       | ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).  | 10.000,00 | 97          | 24              | Radioterapia                     |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9229W.001                 | ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).  | Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 0   |
|      | 93.01.A                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE (TURBE VESICO MINZIONALI - PERINEALI) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese | 14,35     | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9301A.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE (TURBE VESICO MINZIONALI - PERINEALI) Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese |  |
|      | 93.01.B                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese                         | 11,95     | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9301B.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese                         |  |
|      | 93.01.C                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI (FORZA - TONO - RESISTENZA) Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)   | 11,95     | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9301C.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI (FORZA - TONO - RESISTENZA) Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)   |  |
|      | 93.01.D                       | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)   | 11,95     | 12          |                 | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9301D.001                 | VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refeztazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)   |  |
|      | 93.08.A                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  | 116,00    | 15          |                 | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308A.001                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE DX. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.  |  |
|      | 93.08.A                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  | 116,00    | 15          |                 | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308A.002                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE SX. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.  |  |
|      | 93.08.B                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  | 98,00     | 15          |                 | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308B.001                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE DX fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa.  |  |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1             | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2             | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | 93.08.B                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2  | 98,00    |             | 15              | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308B.002                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE SX fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa.  |                          |
|      | 93.08.C                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISSONNOGRAFIA (89.17).  | 78,00    |             | 15              | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308C.001                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISSONNOGRAFIA (89.17).  |                          |
|      | 93.08.D                       | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.  | 78,00    |             | 15              | Neurologia                       | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308D.001                 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.  |                          |
|      | 93.08.E                       | VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)  | 85,60    |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308E.001                 | VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)  |                          |
|      | 93.08.F                       | EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8  | 51,65    |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9308F.001                 | EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8  |                          |
|      | 93.11.A                       | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute   | 10,00    |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311A.001                 | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.11.B                       | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute   | 12,50    |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311B.001                 | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo massimo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.11.C                       | RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute   | 4,05     |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311C.001                 | RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.11.E                       | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Includo: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute | 9,80     |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311E.001                 | RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Includo: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute |                          |
|      | 93.11.F                       | RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Includo: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute   | 5,60     |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311F.001                 | RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Includo: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo massimo di 10 sedute   |                          |
|      | 93.11.G                       | RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.  | 45,00    |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9311G.001                 | RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.  |                          |
| H    | 96.6A                         | POSIZIONAMENTO DI SONDIRIO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE   | 18,05    |             | 21              | Otorinolaringoiatria             |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 966A0.001                 | POSIZIONAMENTO DI SONDIRIO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE   |                          |
|      | 99.06.A                       | INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE   | 8,00     |             | 11              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9906A.001                 | INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE   |                          |
|      | 99.29.A                       | SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBT/TMI)   | 19,00    |             | 10              | Gastroenterologia                |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9929A.001                 | SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBT/TMI)   |                          |
|      | 99.71.A                       | AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO (granulocito-monocito aferesi terapeutica)  | 402,80   |             | 11              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9971A.001                 | AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO (granulocito-monocito aferesi terapeutica)  |                          |
|      | 99.71.B                       | AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE   | 2.113,40 |             | 11              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | 9971B.001                 | AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 3 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E001                 | ANAL. MUTAZ. X ERITROCITOSI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E002                 | ANAL. MUTAZ. X IPERESINOFILIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E004                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOMA/LEUCEMIA CELL BETA: TRASLOCAZIONI IGH/BCL1; IGH/BCL2  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E005                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA: IPERMUTAZIONE SOMATICA IGHV   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E006                 | ANAL. MUTAZ. X MASTOCITOSI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E008                 | ANAL. MUTAZ. X MIELOFIBROSI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E009                 | ANAL. MUTAZ. X PIASTROPENIE FAMILIARI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E010                 | ANAL. MUTAZ. X POLICITEMIA VERA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E011                 | ANAL. MUTAZ. X TROMBOCITEMIA ESSENZIALE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E012                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCEMIA LINFOLASTICA ACUTA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E013                 | ANAL. MUTAZ. X ALTRE SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE (MPN)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E014                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOMI NON-HODGKIN   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E015                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210E017                 | ANAL. MUTAZ. X MIELOMA MULTIPO E GAMMOPATIE MONOCLONALI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210F003                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRITE PSORIASICA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210F008                 | ANAL. MUTAZ. X DIABETE MELLITO TIPO 1  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210F009                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA CELIACIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P003                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDEMIE ORGANICHE E ACIDOSI LATTICHE PRIMITIVE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P004                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDOSI LATTICA CONGENITA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P006                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDOSI RENALE TUBULARE DISTALE AR CON SORDITA'   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P007                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDURIA FUMARICA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P009                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDURIE ORGANICHE (AO)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P010                 | ANAL. MUTAZ. X ACRODROGENESI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P016                 | ANAL. MUTAZ. X ACROCEFALOSINDATTILIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P017                 | ANAL. MUTAZ. X ACROCEFALOSINDATTILIA DI TIPO WAARDENBURG   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P019                 | ANAL. MUTAZ. X ACRODROSOTOSI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P020                 | ANAL. MUTAZ. X ACROMATOPSIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00   |             | 92              | Laboratorio                      |                 |                                  |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P022                 | ANAL. MUTAZ. X ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P025                 | ANAL. MUTAZ. X AGAMMAGLOBULINEMIA (AG-AR)  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P028                 | ANAL. MUTAZ. X ALAGILLE, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P030                 | ANAL. MUTAZ. X ALBINISMO OCCLUDUTANEO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P032                 | ANAL. MUTAZ. X ALDOSTERONISMO GLUCOCORTICOIDO- SOPPRIMIBILE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P035                 | ANAL. MUTAZ. X ALPORT, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P039                 | ANAL. MUTAZ. X ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P040                 | ANAL. MUTAZ. X ALZHEIMER FAMILIARE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P042                 | ANAL. MUTAZ. X AMILOIDOSI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P057                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA SIDERBLASTICA COSTITUZIONALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P060                 | ANAL. MUTAZ. X ANGIOEDEMA EREDITARIO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P061                 | ANAL. MUTAZ. X ANGIOEDEMA EREDITARIO TIPO I  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P062                 | ANAL. MUTAZ. X ANGIOEDEMA EREDITARIO TIPO II   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P064                 | ANAL. MUTAZ. X ANOMALIA DI AXENFELD-RIEGER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P066                 | ANAL. MUTAZ. X ANOMALIA DI PETER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P067                 | ANAL. MUTAZ. X ANOMALIE VITREO (IN PARTICOLARE VITREOPATIE ESSUDATIVE)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P069                 | ANAL. MUTAZ. X APLASIA /POPLASIA DELLE CELLULE DI LEYDIG   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P070                 | ANAL. MUTAZ. X APLASIA CONGENITA DELLA CUTE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P074                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRORIPOSI MULTIPLA CONGENITA DISTALE TIPO 1   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P076                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRORIPOSI MULTIPLA CONGENITA DISTALE TIPO 2B  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P090                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIE EPISODICHE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P091                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIE SPINOCEREBELLARI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P099                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMN) /WERNICKE-HOFFMANN  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P102                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE TIPO II   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P103                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE TIPO IV   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P111                 | ANAL. MUTAZ. X BARTTER, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P118                 | ANAL. MUTAZ. X CACH, SINDROME LEUCENCEFALOPATIA CON SOSTANZA BIANCA EVANESCENTE (VANISHING WHITE MATTER DISEASE)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P125                 | ANAL. MUTAZ. X CARCINOMA MAMMARIO E OVARICO EREDITARIO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P126                 | ANAL. MUTAZ. X CARCINOMA MAMMARIO E OVARICO EREDITARIO APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P128                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOFACIOLITANEA, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P132                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOMIOPATIA VENTRICOLARE DESTRA ARITMOGENA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P172                 | ANAL. MUTAZ. X CERIODOLIPOUSCINOSI NEURONALE GIOVANILE (CLN3)  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P182                 | ANAL. MUTAZ. X CHERATOCONO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P183                 | ANAL. MUTAZ. X CHERATOSI FOLLICOLARE ACUMINATA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P189                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINURIA 2 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P190                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINURIA DI TIPO I 2 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P191                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINURIA DI TIPO II 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P194                 | ANAL. MUTAZ. X COLESTASI FAMILIARE INTRAEPATICA PROGRESSIVA - TIPO I, TIPO II, TIPO III  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P196                 | ANAL. MUTAZ. X COLLAGENE TIPO 11<br>STICKLER TIPO 2, SINDROME<br>STICKLER TIPO 3, SINDROME<br>MARSHALL,<br>SINDROME FIBROCONDROGENESI OSMEAD AR<br>OSMEAD AD     |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P198                 | ANAL. MUTAZ. X COLLAGENE TIPO 9 DISPLASIA EPISFARIA MULTIPLA (EDM2) DISPLASIA EPISFARIA MULTIPLA (EDM3) DISPLASIA EPISFARIA MULTIPLA (EDM6) STICKLER SINDROME AR |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P201                 | ANAL. MUTAZ. X COMPLESSO PORFORA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA-SINDROME EMOLITICO-UREMICO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P205                 | ANAL. MUTAZ. X CONDRODISTROFIE CONGENITE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P207                 | ANAL. MUTAZ. X CONTRATTURE CONGENITE LETALI, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P213                 | ANAL. MUTAZ. X CORNELIA DE LANGE, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P219                 | ANAL. MUTAZ. X CRANIOSINOSTOSI PRIMARIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P221                 | ANAL. MUTAZ. X CROUZON, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P227                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIENZA CONGENITA DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P229                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIENZA DEL COMPLESSO II MITOCONDRIALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P233                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT COENZIMA Q10  |                          |

## ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P234                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT COMBINATO DI FATTORE V E FATTORE VIII   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P235                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO DI FIBRINOGENO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P236                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO DI INIBITORE 1 DELL'ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P241                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CREATINA-SINTESI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P243                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DEL COMPLESSO III MITOCONDRIALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P244                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DEL COMPLESSO PIRUVATO DEIDROGENASI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P249                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELLA FRAZIONE C8A DEL COMPLEMENTO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P250                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELLA FRAZIONE C8B DEL COMPLEMENTO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P269                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ADENOSINA MONOFOSFATO DEAMINASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P270                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ALFA-CHETO ACIDO A CATENA RAMIFICATA DEIDROGENASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P279                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI CARNITINA PALMITOL TRANSFERASI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P280                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GlicOCROMO O OSSIDASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P287                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI FATTORE XIII   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P288                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI FOSFOENOLPIRUVATO CARBOSSICINASI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P311                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PIRUVATO DECARBOSSILASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P312                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PIRUVATO DEIDROGENASI FOSFATASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P317                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROTEINA MITOCONDRIALE TRIFUNZIONALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P318                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROTEINA TRASFERENTE GLI ESTERI DI COLESTEROLO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P321                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI SAPONINA B   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P332                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT ISOLATO DI 3 METILCROTONIL COA CARBOSSILASI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P333                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT ISOLATO ORMONE DELLA CRESCITA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P334                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT MULTIPLO DI CARBOSSILASI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P337                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT PRIMA TAPPA DEL CICLO DELL'UREA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P339                 | ANAL. MUTAZ. X DEMENZA FRONTOTEMPORALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P348                 | ANAL. MUTAZ. X DIABETE MODY  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P350                 | ANAL. MUTAZ. X DEFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSS) (46, XY - 46, XX GONADICI)  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P353                 | ANAL. MUTAZ. X DEFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSS) (46,XX)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P357                 | ANAL. MUTAZ. X DISCHERATOSI CONGENITA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P358                 | ANAL. MUTAZ. X DISCHERATOSI CONGENITA AUTOSOMICA DOMINANTE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P359                 | ANAL. MUTAZ. X DISCHERATOSI CONGENITA AUTOSOMICA RECESSIVA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P362                 | ANAL. MUTAZ. X DISFIBRINOGENEMIA CONGENITA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P370                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA ECTODERMICA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P375                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA EPISFARIA MULTIPLA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P379                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA GLEOFISICA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P394                 | ANAL. MUTAZ. X DISTONIE (DA TORSIONE IDIOPATICA, DOPA SENSIBILE, MIOCLONICA)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P395                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA A FARFALLA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P399                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA FACIOSCAPOLOMERALE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P401                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MITONICA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P403                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE CONGENITA DI ULLRICH E MIOPATIA DI BETHLEM  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P407                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE DI EMERY DREIFUSS   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P409                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE SCAPOLOPRONEALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P412                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA TORACICA AFFISSANTE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P413                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA VITELLIFORME DELL'ADULTO/PATTERN DYSTROPHY  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P415                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIE EREDITARIE DELLA COROIDE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P422                 | ANAL. MUTAZ. X DRAVET, SINDROME INCLUSO: EPILESSIA MIOCLONICA SEVERA DELL'INFANZIA (SMEI), EPILESSIA GENERALIZZATA CON CRISI FEBBRILI PLUS (GFS+), EPILESSIA CON ASSENZE DELL'INFANZIA |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P424                 | ANAL. MUTAZ. X ELLIS-VAN CREVELD, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P425                 | ANAL. MUTAZ. X ELLISOSOTOSI EREDITARIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P427                 | ANAL. MUTAZ. X EMICRANIA EMIPLEGIA ALTERNANTE/ EMIPLEGIA ALTERNANTE DELL'INFANZIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P428                 | ANAL. MUTAZ. X EMOCROMATOSI EREDITARIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P431                 | ANAL. MUTAZ. X EMOGLOBINOPATIE   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P434                 | ANAL. MUTAZ. X ENCEFALOPATIA EPLETTICA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P438                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA GENERALIZZATA ATROFICA BENIGNA                     |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P439                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA GIUNZIONALE DA DEFICIT DI LAMININA-332             |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P440                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA LETALIS CON ATRESIA PILORICA                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P441                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA SEMPLICE BASALE                                    |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P447                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA FRONTALE NOTTURNA AUTOSOMICA DOMINANTE (ADNFI)                |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P450                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA PIRIDOSSAL FOSFATO-DIPENDENTE                                 |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P454                 | ANAL. MUTAZ. X ERITROCHERATODERMIA VARIABILIS  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P455                 | ANAL. MUTAZ. X ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO                                      |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P456                 | ANAL. MUTAZ. X ESOSTOSI MULTIPLE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P458                 | ANAL. MUTAZ. X ETILMALONICO ACIDURIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P462                 | ANAL. MUTAZ. X FEDCROMOCTOMA E PARANGLIOMA SECERNENTE (SPGL)                           |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P463                 | ANAL. MUTAZ. X FEDCROMOCTOMA-PARANGLIOMA EREDITARIO                                    |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P465                 | ANAL. MUTAZ. X FIBROS POLMONARE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P466                 | ANAL. MUTAZ. X FORAMINA PARIETALIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P469                 | ANAL. MUTAZ. X FREEMAN SHELTON   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P476                 | ANAL. MUTAZ. X GLAUCOMA FAMILIARE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P477                 | ANAL. MUTAZ. X GLUCOGENOSI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P479                 | ANAL. MUTAZ. X GORLIN, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P481                 | ANAL. MUTAZ. X GRANULOMATOSI DI WEGENER  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P491                 | ANAL. MUTAZ. X IMODIGLIUCURIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P492                 | ANAL. MUTAZ. X IMMUNODEFICIENZA COMBINATA GRAVE T-8-OMENI SINDROME DI (SCID T B)       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P493                 | ANAL. MUTAZ. X IMMUNODEFICIENZA COMBINATA SEVERA X-LINKED (XSCD)                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P494                 | ANAL. MUTAZ. X IMMUNODEFICIENZA COMUNE VARIABILE (CVID)                                |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P501                 | ANAL. MUTAZ. X INSUFFICIENZA CORTICOSTEROIDEA ACALASIA DEFICIT DI PRODUZIONE LACRIMALE |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P505                 | ANAL. MUTAZ. X IPER IGE, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P506                 | ANAL. MUTAZ. X IPER IGM, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P507                 | ANAL. MUTAZ. X IPERALDOSTERONISMO PRIMITIVO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P508                 | ANAL. MUTAZ. X IPERALDOSTERONISMO FAMILIARE TIPO I                                     |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P514                 | ANAL. MUTAZ. X IPERCOLESTEROLEMIA AD   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P515                 | ANAL. MUTAZ. X IPERCOLESTEROLEMIA AR   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P518                 | ANAL. MUTAZ. X IPERFENILANINEMIA/DHPR  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P521                 | ANAL. MUTAZ. X IPERGLIUCEMIA NON CHETOTICA 3 GENI                                      |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P523                 | ANAL. MUTAZ. X IPERLIPIDEMIA TIPO V 4 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P527                 | ANAL. MUTAZ. X IPEROSALURIA PRIMARIA 3 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P532                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPLASIA SURRENALE CONGENITA (ISC)                                    |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P538                 | ANAL. MUTAZ. X IPERTIGLICIDEMIE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P539                 | ANAL. MUTAZ. X IPERTIGLICIDEMIE: DIFETTO COMBINATO DI LIPASI                           |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P541                 | ANAL. MUTAZ. X IPOCAUSIA EREDITARIA NON SINDROMICHE                                    |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P544                 | ANAL. MUTAZ. X IPOBETA LIPOPROTEINEMIA FAMILIARE (FHL)                                 |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P545                 | ANAL. MUTAZ. X IPOCALCAEMICA, PARALISI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P560                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI CONGENITE AUTOSOMICHE RECESSIVE                                 |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P561                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI EPIDERMOLITICA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P565                 | ANAL. MUTAZ. X KABUKI, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P566                 | ANAL. MUTAZ. X KALLMANN, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P569                 | ANAL. MUTAZ. X KERATODERMIA EPIDERMOLITICO PALMOPLANTARE                               |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P571                 | ANAL. MUTAZ. X KID, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P578                 | ANAL. MUTAZ. X LEOPARD, SINDROME   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P582                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCOSI 4 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P583                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCODISTROFIA A CELLULE GLOBOIDI AD ESORDIO PRECOCE                    |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P584                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCODISTROPIA A CELLULE GLOBOSI AD ESORDIO TARDIVO                                      |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P589                 | ANAL. MUTAZ. X LIDDE, SINDROME DI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P590                 | ANAL. MUTAZ. X INFOANGIOEDEMOMATOSI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P593                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOPROLIFERATIVA AUTOIMMUNE SINDROME TIPO 0, 1A, 1A-SM, 1B (AIPS)                      |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P596                 | ANAL. MUTAZ. X LIPODISTROFIA CONGENITA DI BERARDINELLI SEIP   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P597                 | ANAL. MUTAZ. X LIPODISTROFIA TOTALE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P599                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P602                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA ISOLATA ETEROTIPIA A BANDA SOTTOCORTICALE                                  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P603                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA POLIMICROGIRIA ETEROTIPIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P607                 | ANAL. MUTAZ. X LYNCH, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P609                 | ANAL. MUTAZ. X MACULOPATIA DI BEST  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P613                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DA INCLUSIONE DEI MICROVILI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P617                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P618                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DELLE URINE A SCIROPP D'ACERO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P620                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI BATTEN   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P640                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG 8 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P641                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI KUFUS 6 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P642                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI KUGELBERG-WELANDER 3 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P643                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI LAFORA 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P652                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI PELICZAUS-MERZBACHER-LIKE 4 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P654                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI REFSUM 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P660                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI TAKAYASU 3 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P661                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI UNVERRICHT LUNDBORG 3 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P674                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE DA -8 OSSIDAZIONE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P675                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE MITOCONDRIALI DA DEFICIT DI DNA POLIMERASI GAMMA                                |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P676                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONE DI ARNOLD-CHIARI DI TIPO I 4 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P678                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONI CEREBRALI CAVERNOSI (CCM)  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P681                 | ANAL. MUTAZ. X MARFAN, SINDROME E MALATTIE CORRELATE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P683                 | ANAL. MUTAZ. X MELANOMA EREDITARIO, SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO                                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P684                 | ANAL. MUTAZ. X MELANOMA EREDITARIO, SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO SECONDO LIVELLO                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P688                 | ANAL. MUTAZ. X METILMALONICO ACIDURIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P689                 | ANAL. MUTAZ. X METILMALONICO ACIDURIA CON OMOCISTINURIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P691                 | ANAL. MUTAZ. X MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE 9 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P705                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA MITOCONDRIALE - ANEMIA SIDEROBLASTICA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P706                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA NEMALINCA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P708                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIE CONGENITE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P710                 | ANAL. MUTAZ. X MORLUO, MPSVI, DEFICIT N-ACETIL-GALATTOSAMINA 6-SOLFATASI, DEFICIT DI BETA GALATTOSIDASI |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P712                 | ANAL. MUTAZ. X MSUD CLASSICA 4 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P713                 | ANAL. MUTAZ. X MSUD CON DEFICIT DI DIIDROPILOL DEIDROGENASI (E3) 4 GENI                                 |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P714                 | ANAL. MUTAZ. X MSUD INTERMEDIA 4 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P715                 | ANAL. MUTAZ. X MSUD INTERMITTENTE 4 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P716                 | ANAL. MUTAZ. X MSUD TIAMINO SENSIBILE 4 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P717                 | ANAL. MUTAZ. X MUCOLIPIDOSI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P718                 | ANAL. MUTAZ. X MUCOPOLISACCARIDOSI (COMPLEMENTARE ALLE ANALISI BIOCHIMICHE PER LA CONFERMA DIAGNOSTICA) |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P735                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA DISTALE MOTORIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P740                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIE DI TIPO SENSITIVO E DISAUTONOMICO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P745                 | ANAL. MUTAZ. X NICOLAIDES-BARATSER, SINDROME DI/COFFIN-SIRIS, SINDROME DI                               |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P746                 | ANAL. MUTAZ. X NIEMANN PICK TIPO C, MALATTIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P748                 | ANAL. MUTAZ. X NOONAN, SINDROME E SINDROMI CORRELATE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P750                 | ANAL. MUTAZ. X OPTALMOPLERIA ESTERNA PROGRESSIVA (CPEO)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P764                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPETROSI AUTOSOMICA RECESSIVA  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P766                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPETROSI CON ACIDOSI TUBULARE RENALE E CALCIFICAZIONI CEREBRALI |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P767                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPOROSI GIOVANILE IDIOPATICA                                    |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P769                 | ANAL. MUTAZ. X PACHIDERMOPROSTOSI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P770                 | ANAL. MUTAZ. X PACHIONIACHIA CONGENITA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P772                 | ANAL. MUTAZ. X PAGET, MORBO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P773                 | ANAL. MUTAZ. X PANCREATITE CRONICA FAMILIARE                                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P774                 | ANAL. MUTAZ. X PANIPORTULIARISMO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P776                 | ANAL. MUTAZ. X PARANGLIOMA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P778                 | ANAL. MUTAZ. X PARALISI PERIODICA CARDIODISIRITMICA SENSIBILE AL POTASSIO          |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P779                 | ANAL. MUTAZ. X PARAPARESI SPASTICA FAMILIARE                                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P783                 | ANAL. MUTAZ. X PEMFIGOIDE BOLLOSO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P784                 | ANAL. MUTAZ. X PENDRE, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P786                 | ANAL. MUTAZ. X PERRAULT, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P787                 | ANAL. MUTAZ. X PERSISTENZA EREDITARIA DI EMOGLOBINA FETALE-BETA TAL                |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P788                 | ANAL. MUTAZ. X PFEIFFER, SINDROME DI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P800                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA CONGENITA ERITROPOIETICA (CEP)                             |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P805                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P806                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA                                |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P813                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDOIPALDOSTERONISMO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P816                 | ANAL. MUTAZ. X PTERIGIO MULTIPOLO, SINDROME LETALE                                 |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P817                 | ANAL. MUTAZ. X PUBERTA' PRECOCE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P818                 | ANAL. MUTAZ. X RACHITISMO IPOFOSFATEMICO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P819                 | ANAL. MUTAZ. X RACHITISMO VITAMINA D DIPENDENTE TIPO I E TIPO II                   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P820                 | ANAL. MUTAZ. X RASOPATIE   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P821                 | ANAL. MUTAZ. X RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P822                 | ANAL. MUTAZ. X RENE POLICISTICO AD   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P829                 | ANAL. MUTAZ. X RETT, SINDROME E VARIANTI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P833                 | ANAL. MUTAZ. X SAETHRE-CHOZEN, SINDROME SCAFOCEFFALIA                              |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P836                 | ANAL. MUTAZ. X SCHWANNOMATOSI (NEUROFIBROMATOSI TIPO 3)                            |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P839                 | ANAL. MUTAZ. X SCLEROSI LATERALE PRIMARIA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P840                 | ANAL. MUTAZ. X SCLEROSI TUBEROSA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P841                 | ANAL. MUTAZ. X SENIOR-LOKEN, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P842                 | ANAL. MUTAZ. X SEQUENZA DA IPOCINESIA FETALE                                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P845                 | ANAL. MUTAZ. X SFEROCTOSI EREDITARIA CON TRATTO FALCIFORME                         |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P849                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME 4H   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P850                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME ACROCALLOSA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P851                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME ARC (ARTROGRIPOSI-DISFUNZIONE RENALE-COLESTASI)            |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P854                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME BRANCHIO-OTO-RENALE (BOR)                                  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P859                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME CEREBRO-OCULO-FACIO-SCHLETRICA                             |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P865                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA PERSISTENZA DOTTI DI MULLER (PMD5)                      |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P866                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA PSEUDO-OSTRUZIONE INTESTINALE                           |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P867                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA REGRESSIONE CALDAIE                                     |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P868                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DEL NEVO EPIDERMAL   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P871                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DELLA SPINA RIGIDA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P873                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI BERNARD SOLLIER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P879                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI BUDD CHIARI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P880                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI CARPENTER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P881                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI COCKAYNE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P883                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI CONN  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P884                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI DE MORSER   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P887                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI DUBOWITZ   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P890                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI FRASER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P895                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI HERMANSKY PUDLAK   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P900                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI JARCHO-LEVIN   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P902                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI KLIPPEL-FEIL   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P905                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI LENNOX-GASTAUT   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P906                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI LEVNOX-HOLLISTER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P907                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MAFFUCCI 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P915                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MOEBIUS 2 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P918                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI NEU-LAXOVA 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P920                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI OGUCHI 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P924                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI RIEGER 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P926                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ROBINOW 3 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P927                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ROUSSY-LEVY 2 GENI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P931                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI SECKEL 9 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P934                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI SUMMIT 2 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P936                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI WEILL-MARCHESANI 3 GENI  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P937                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI WILLIAMS   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P938                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI WINCHESTER   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P939                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI WOLF-HIRSCHORN   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P942                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME EMOLITICO-UREMICA ATIPICA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P943                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME ICF (IMMUNODEFICIENZA-INSTABILITA' CENTROMERICA-ANOMALIE FACIALI) |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P949                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME PEELING SKIN  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P950                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME PROTEO  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P951                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME QT-LUNGO FAMILIARE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P954                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRICORINOFALANGIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P956                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRICORINOFALANGIA TIPO II   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P962                 | ANAL. MUTAZ. X SITOSTEROLEMIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P964                 | ANAL. MUTAZ. X SMITH LEMLI OPITZ, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P966                 | ANAL. MUTAZ. X SOTOS, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P967                 | ANAL. MUTAZ. X STARGARDT, MALATTIA DI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P968                 | ANAL. MUTAZ. X STOMATOCTOSI EREDITARIA CON EMASIE DISIDRATATE                             |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P970                 | ANAL. MUTAZ. X STORAGE POOL DEFICIENCY  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P976                 | ANAL. MUTAZ. X TALASSEMIE ED EMOGLOBINOPATIE GAMMA  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P977                 | ANAL. MUTAZ. X TELEANGECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA                                       |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P983                 | ANAL. MUTAZ. X TREACHER COLLINS   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P987                 | ANAL. MUTAZ. X TROMBOCITOPENIA EREDITARIA DA ANOMALIE DI NUMERO DELLE PIASTRINE           |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P989                 | ANAL. MUTAZ. X TROMBOFILIE  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P991                 | ANAL. MUTAZ. X USHER, SINDROME  |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G0210P997                 | ANAL. MUTAZ. X WAGR SINDROME DI   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G021P1004                 | ANAL. MUTAZ. X XANTINURIA   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G021P1008                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G021P2027                 | ANAL. MUTAZ. X NEOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE (MEN)   |                          |
|      | G1.0210                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 800,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G021P2045                 | ANAL. MUTAZ. X GALATTOSSEMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010E016                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F001                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRITE GIOVANILE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F002                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRITE IN CORSO DI MALATTIE CRONICHE INTESTINALI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F004                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRITE REATTIVA   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F005                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRITE REUMATOIDE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F006                 | ANAL. MUTAZ. X BECHET, MALATTIA DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F007                 | ANAL. MUTAZ. X CORIORETINOPATIA TIPO BIRDSHOT  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F010                 | ANAL. MUTAZ. X NARCOLESSIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F011                 | ANAL. MUTAZ. X REITER, SINDROME DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F012                 | ANAL. MUTAZ. X SACROILEITE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F013                 | ANAL. MUTAZ. X SCLEROSI MULTIPLA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F014                 | ANAL. MUTAZ. X SPONDLITE ANCHILOSANTE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010F015                 | ANAL. MUTAZ. X UVEITE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P001                 | ANAL. MUTAZ. X AARSKOG-SCOTT, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P002                 | ANAL. MUTAZ. X ACERULOPLASMINEMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P005                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDOSI RENALE TUBULARE DISTALE AD  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P008                 | ANAL. MUTAZ. X ACIDURIA UROCANICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P011                 | ANAL. MUTAZ. X ACONDROGENESI TIPO IA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P012                 | ANAL. MUTAZ. X ACONDROGENESI TIPO IB   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P013                 | ANAL. MUTAZ. X ACONDROGENESI TIPO II   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P014                 | ANAL. MUTAZ. X ACONDROGENESI TIPO III  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P015                 | ANAL. MUTAZ. X ACONDROPLASIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P018                 | ANAL. MUTAZ. X ACRODERMATITE ENTERICA DA DEFICIENZA DI ZN (AEZ)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P021                 | ANAL. MUTAZ. X ADRENOLEUCODISTROFIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P023                 | ANAL. MUTAZ. X ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P024                 | ANAL. MUTAZ. X ADRENOMELONEUROPATIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P026                 | ANAL. MUTAZ. X AGAMMAGLOBULINEMIA X-LINKED (AGA-XL)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P027                 | ANAL. MUTAZ. X AGENESIA DENTARIA E CLEFT ORO-FACCIALE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P029                 | ANAL. MUTAZ. X ALBINISMO OCULARE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P031                 | ANAL. MUTAZ. X ALCAPTONURIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P033                 | ANAL. MUTAZ. X ALEXANDER, MALATTIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P034                 | ANAL. MUTAZ. X ALFA MANNOSIDOSI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P036                 | ANAL. MUTAZ. X ALSTROM, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P037                 | ANAL. MUTAZ. X ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DEL FERRO - ANEMIA IPOCROMICA CON SOVRACCARICO DI FERRO |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P038                 | ANAL. MUTAZ. X ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DEL FERRO: SINDROME IRIDA                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P043                 | ANAL. MUTAZ. X ANALIOPROTEINEMIA C II  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P044                 | ANAL. MUTAZ. X ANDERSEN-TAWIL, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P045                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI   |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P046                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA CONGENITA DISERITROPOIETICA TIPO III                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P048                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA DI FANCONI TIPO A   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P049                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA DISERITROPOIETICA TIPO 1  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P050                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA DISERITROPOIETICA X-LINKED CON TROMBOCITOPENIA                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P051                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIENZA DI PIRUVATO CHINASI                         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P052                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIT DI ADENILATO KINASI                            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P053                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIT DI ALDOLASI                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P054                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIT DI ESOKINASI                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P055                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIT DI GLUCOSIO FOSFATO ISOMERASI                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P056                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA EMOLITICA DA DEFICIT DI TRIOSOFOSFATO ISOMERASI                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P059                 | ANAL. MUTAZ. X ANGELMAN, SINDROME DI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P063                 | ANAL. MUTAZ. X ANIRIDIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P065                 | ANAL. MUTAZ. X ANOMALIA DI MORNING GLORY  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P071                 | ANAL. MUTAZ. X ARGINOSUCCINICO ACIDURIA, DEFICIT DI ARGINOSUCCINICO LIASI, DEFICIT DI ASL |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P073                 | ANAL. MUTAZ. X ARTERIE A CELLULE GIGANTI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P075                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRORIPPOSI MULTIPLA CONGENITA DISTALE TIPO 2A                            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P077                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRORIPPOSI MULTIPLA CONGENITA DISTALE TIPO 5                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P078                 | ANAL. MUTAZ. X ARTRORIPPOSI MULTIPLA CONGENITA DISTALE X-LINKED TIPO 1                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P079                 | ANAL. MUTAZ. X ARTS, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P080                 | ANAL. MUTAZ. X ASSOCIAZIONE DI VACTERL CON IDROCEFALO (VACTERL H)                         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P081                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA APRASSIA OCULOMOTORIA (AOA)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P082                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA CON DEFICIT DELLA VITAMINA E                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P083                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA CON DEFICIT DI COENZIMA Q  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P084                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA DI FRIEDREICH  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P085                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA SCA17  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P086                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA SPASTICA AR (ARSACS)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P087                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA SPINOCEREBELLARE, RITARDO MENTALE E EPILESSIA                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P088                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA TELANGECTASIA LIKE, DISORDER                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P089                 | ANAL. MUTAZ. X ATASSIA TELEANGECTASICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P092                 | ANAL. MUTAZ. X ATELOGENESI, TIPO II   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P093                 | ANAL. MUTAZ. X ATRANSFERRINEMIA CONGENITA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P094                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA CORIORETINICA PARAVENOSA PIGMENTATA                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P095                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA DENTATO RUBROPALLIDOLUSIANA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P096                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA DENTATO-RUBRO-PALLIDO-LUSIANA                                      |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P097                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA GIRATA DELLA COROIDE E DELLA RETINA                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P098                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMA) CON DISTRES RESPIRATORIO                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P101                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE DI KENNEDY X-LINKED                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P104                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA OLIVOPONTOCEREBELLARE EREDITARIA DOMINANTE DI SHUT HAYMAKER        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P105                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA OLIVOPONTOCEREBELLARE EREDITARIA RECESSIVA DI FICKLER WINKLER      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P106                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA OTTICA AUTOSOMICA DOMINANTE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P107                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIE MUSCOLARI SPINALI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P108                 | ANAL. MUTAZ. X BANNAYAN-RILEY-RUVALCABA, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P110                 | ANAL. MUTAZ. X BARTH, SINDROME/ 3-METILGLUTACCONICO ACIDURIA TIPO II                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P113                 | ANAL. MUTAZ. X BETA-MANNOSIDASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P114                 | ANAL. MUTAZ. X BIRT-HOGG-DUBE, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P115                 | ANAL. MUTAZ. X BLAU, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P116                 | ANAL. MUTAZ. X BLEFAROFIMOSI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P117                 | ANAL. MUTAZ. X BLOOM SYNDROME, WERNER SYNDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P119                 | ANAL. MUTAZ. X CADASIL, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P120                 | ANAL. MUTAZ. X CAFFEY, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P121                 | ANAL. MUTAZ. X CAMURATH-ENGELMANN, MALATTIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P122                 | ANAL. MUTAZ. X CANAVAN, SINDROME DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P123                 | ANAL. MUTAZ. X CARASIL, SINDROME DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P124                 | ANAL. MUTAZ. X CARCINOMA GASTRICO FAMILIARE E CARCINOMA LOBULARE FAMILIARE DELLA MAMMELLA |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P127                 | ANAL. MUTAZ. X CARCINOMA MIDOLLARE E FAMILIARE DELLA TIROIDE/MEN2 (RET)                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P130                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOMIOPATIA DILATATIVA X-LINKED (XLDC)                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P133                 | ANAL. MUTAZ. X CARNEY COMPLEX   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P134                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P135                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1A  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P136                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1B  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P137                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1C  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P138                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1D  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P139                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1E  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P140                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1F  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P141                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1G  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P142                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1H  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P143                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1I  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P144                 | ANAL. MUTAZ. X CDG TIPO 1J  |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P181                 | ANAL. MUTAZ. X CHEDIAK-HIGASHI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P184                 | ANAL. MUTAZ. X CHERUBISMO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P185                 | ANAL. MUTAZ. X CISTATIONINURIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P186                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINOSI BENIGNA O NON NEFROPATICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P187                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINOSI NEFROPATICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P188                 | ANAL. MUTAZ. X CISTINOSI NEFROPATICA AD ESORDIO TARDIVO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P192                 | ANAL. MUTAZ. X CITRULLINEMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P193                 | ANAL. MUTAZ. X COHEN, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P197                 | ANAL. MUTAZ. X COLLAGENE TIPO 2 ACONDROGENESI TIPO 2 IPOCONDROGENESI SEDC CONGENITA SEMD STRUDWICK DISPLASIA DI KNIEST DISPLASIA SPONDILO PERIFERICA SED CON ARTROSI PRECOCE SED CON BREVITA METATARSALE (DISPLASIA CZECH S. DI STICKLER I) |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P199                 | ANAL. MUTAZ. X COLOBOMA CONGENITO DEL DISCO OTTICO 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P200                 | ANAL. MUTAZ. X COLOBOMA E ANOMALIE RENALI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P202                 | ANAL. MUTAZ. X CONDRODISPLASIA METAFISARIA/SCHMIDT  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P203                 | ANAL. MUTAZ. X CONDRODISPLASIA PUNCTATA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P204                 | ANAL. MUTAZ. X CONDRODISPLASIA PUNCTATA X-LINKED  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P206                 | ANAL. MUTAZ. X CONGIUNTIVITE LIGNEA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P208                 | ANAL. MUTAZ. X CONVULSIONI BENIGNE INFANTILI/CONVULSIONI INFANTILI E COREDATETOSI PAROSSISTICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P209                 | ANAL. MUTAZ. X CONVULSIONI SENSIBILI AL PIRIDISSALE FOSFATO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P210                 | ANAL. MUTAZ. X COPROPORFIRIA EREDITARIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P211                 | ANAL. MUTAZ. X COREA ACANTOCITOSI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P212                 | ANAL. MUTAZ. X COREA FAMILIARE BENIGNA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P214                 | ANAL. MUTAZ. X COROIDEREMIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P215                 | ANAL. MUTAZ. X COSTELLO, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P216                 | ANAL. MUTAZ. X COWDEN, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P217                 | ANAL. MUTAZ. X CRANIOFRONTONASALE, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P220                 | ANAL. MUTAZ. X CRIGLER NAJJAR, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P222                 | ANAL. MUTAZ. X CURRARINO, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P223                 | ANAL. MUTAZ. X CUTIS LAXA AR TIPO IIA- (ARCL2A)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P224                 | ANAL. MUTAZ. X CUTIS LAXA X-LINKED  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P225                 | ANAL. MUTAZ. X DANON, MALATTIA DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P226                 | ANAL. MUTAZ. X DARIER, MALATTIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P230                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIENZA DI ACTH   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P231                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIENZA DI GLUT1, SINDROME  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P232                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT ALFA-1 ANTITRIPSINA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P237                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO DI LATTASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P238                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO FATTORE VII  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P239                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO FATTORE X  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P240                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CONGENITO FATTORE XI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P242                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT CREATINA-TRASPORTO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P245                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DEL RECEPTORE 1 INTERFERONE GAMMA (FN-GAMMA-R1)                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P246                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELL'ANTAGONISTA DEL RECEPTORE DELL'INTERLEUCHINA-1                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P247                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELL'ATTIVATORE DEL GANGLIOSIDE GM2                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P248                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELLA FRAZIONE C8 DEL COMPLEMENTO                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P251                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DELLA LECTINCOLESTEROLOACILTRANSFERASI                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P252                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 11 BETA IDROSSILASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P253                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 17 ALFA IDROSSILASI/17,20 LIASI                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P254                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 17 BETA IDROSSILASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P255                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 3 BETA IDROSSISTEROIDE DELTA OSSIDORIDUTTASI/SOMERASI           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P256                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 3 BETA IDROSSISTEROIDE DEIDROGENASI                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P257                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 3-FOSFOGLICERATO DEIDROGENASI                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P258                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 3-IDROSSIACIL-COA DEIDROGENASI A CATENA LUNGA, DEFICIT DI LCHAD |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P259                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 3-METILGLUTACONICO, ACIDURIA                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P260                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 4-ALFA-PTERINA-CARBINOLAMINA DEIDRATASI                         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P261                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 5 ALFA REDUTTASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P262                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI 5-OXOPROLINASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P263                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ACIL-COA DEIDROGENASI A CATENA CORTA (SCAD)                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P264                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ACIL-COA DEIDROGENASI A CATENA LUNGA (VLCAD)                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P265                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ACIL-COA DEIDROGENASI A CATENA MEDIA (MCAD)                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P266                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ADENILSUCCINATO LIASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P267                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ADENINA DEAMINASI (ADA-SCD)                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P268                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ADENINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASI                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P271                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI AMINOAACILASI DI TIPO 1   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P272                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ANTIPLASMINA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P273                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ARGINASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P274                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI AROMATASI PLACENTARE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P275                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI BETA-CHETOTIOLASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P276                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI BETAALANINA SINTETASI   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P277                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI BIOTINIDASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P278                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI CARBAMILFOSFATO SINTETASI (CPS)                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P281                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI CITOCROMO P450 OSSIDOREDUUTTASI                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P282                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI DIIDROPIRIMIDINA DEIDROGENASI                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P283                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI DIIDROPIRIMINIDASI                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P284                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI DIIDROPTERIDINA REDUTTASI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P285                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI DOPAMINA BETA-IDROSSILASI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P286                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI FATTORE V  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P289                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI FRUTTOSIO 1,6-DIFOSFATASI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P290                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GAMMA GLUTAMILCISTEINA SINTETASI                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P291                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GLICERULO-CHINASI                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P292                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P293                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GLUTATIONE SINTETASI                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P294                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI GTP CICLOIDROLASI I                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P295                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI HMG-COA LIASI, 3-IDROSSI-3-METILGLUTARICO ACIDURIA |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P296                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI IALURONIDASI                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P297                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI IDROSSILASI AMMINOACIDI AROMATICI                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P298                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI IGA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P299                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI LIPAMIDE DEIDROGENASI                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P300                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI METILCOBALAMINA, TIPO CBL E                        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P301                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI METILCOBALAMINA, TIPO CBL G                        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P302                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI METIONINA ADENOSILTRANSFERASI                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P303                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI MEVALONATO CHINASI (MKO)                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P304                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI MONOAMINA OSSIDASI                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P305                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI N-ACETILGLUCOSAMIN-1-FOSFOTRASFERASI               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P306                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI N-ACETILGLUTAMMATO SINTETASI (NAGS)                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P307                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI OLCARBOSSILASI SINTETASI (HLC5)                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P308                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ORNITINA AMINOTRASFERASI                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P309                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI ORNITINA TRANSCARBAMILASI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P310                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PIRIMIDINA 5' NUCLEOTIDASI                         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P313                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROLIDASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P314                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROSAPOSINA SAP A, MALATTIA DI KRABBE              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P315                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROSAPOSINA SAP B, LEUCODISTROFIA METACROMATICA    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P316                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROSAPOSINA SAP C, MALATTIA DI GAUCHER             |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P319                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI PROTROMBINA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P320                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI SACCAROPINA DEIDROGENASI                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P322                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI SUCCINIL COA: 3-CETOACIDICA COA TRANSFERASI                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P323                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI TIROSINA IDROSSILASI                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P324                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI TRANSCOBALAMINA II   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P325                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI TRASPORTO DELLA CARNITINA                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P326                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI TRASPORTO FOLATI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P327                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT DI UREIDOPROPIONASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P328                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT FAMILIARE DI APOLIPOPROTEINA C II                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P329                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI EPATICA                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P330                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P335                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT MULTIPLO DI SOLFATASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P336                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT PIRUVATO CARBOSSILASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P338                 | ANAL. MUTAZ. X DEGENERAZIONE MACULARE SENILE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P340                 | ANAL. MUTAZ. X DEMENZA FRONTOTEMPORALE CON MALATTIA DEL MOTONEURONE                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P341                 | ANAL. MUTAZ. X DENTINOGENESI IMPERFETTA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P342                 | ANAL. MUTAZ. X DENYS-DRASH, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P343                 | ANAL. MUTAZ. X DERMOPATIA RESTRITTIVA LETALE (LRD)                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P344                 | ANAL. MUTAZ. X DI GEORGE, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P345                 | ANAL. MUTAZ. X DIABETE INSIPIDO CENTRALE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P346                 | ANAL. MUTAZ. X DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO (NDI) AUTOSOM                            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P347                 | ANAL. MUTAZ. X DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO (NDI) X-LINKED                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P349                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DELLA SINTESI DELL'N GLUCANO                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P354                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSS) CON IPERCHERATOSI PALMOPLANTARE |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P355                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTO SACRALE CON MENINGOCELE ANTERIORE                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P356                 | ANAL. MUTAZ. X DIPENDENZA DALLA VITAMINA B6  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P360                 | ANAL. MUTAZ. X DISCHERATOSI CONGENITA LEGATA ALL'X                                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P361                 | ANAL. MUTAZ. X DISCROMATOSI SIMMETRICA EREDITARIA I (DSH) E AICARDI GOUTIERES        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P363                 | ANAL. MUTAZ. X DISGENESIA DELLA LAMINA DI BOWMAN                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P364                 | ANAL. MUTAZ. X DISORDINI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E DELLE PIRIMIDINE             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P365                 | ANAL. MUTAZ. X DISOSTOSI ACROFACCIALI DI NAGER CON GRAVI SCHISI FACCIALI             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P366                 | ANAL. MUTAZ. X DISOSTOSI CLEIDOCRANICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P367                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P368                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA DIASTROFICA   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P369                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA DIASTROFICA E PSEUDODIASTROFICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P371                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA ECTODERMICA ANDIROTTICA CON IMMUNODEFICIENZA A T-CELL (EDA-ID)            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P372                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA ECTODERMICA IPOIDROTTICA X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P373                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA ECTODERMICA IPOIDROTTICA/CLOUSTON, SINDROME (HED2)                        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P374                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA ECTODERMICA, ANCHILOBLERARON, PALATOSCHISI                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P376                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA EPISFARIA TARDA X-LINKED  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P377                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA FIBROSA POLIOTOTICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P378                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA FRONTONASALE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P380                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA METATROPICA E SINDROMI ASSOCIATE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P381                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA OCULODENTOOSEA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P382                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA OSSEA SCLEROSANTE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P383                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA CONGENITA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P384                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA CONGENITA CON DEFICIT DI IMMUNITA CELLULARE              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P385                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA DI MAROTEAUX   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P386                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA TARDA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P387                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA TARDA AUTOSOMICA DOMINANTE                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P388                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA TARDA AUTOSOMICA RECESSIVA                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P389                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA TARDA X LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P390                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA SPONDIOEPISFARIA CON ALTERAZIONI ENCONDROMATOSE (SPONDIOCONDRODISPLASIA)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P391                 | ANAL. MUTAZ. X DISPLASIA TANATORA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P392                 | ANAL. MUTAZ. X DISTONIA DOPA SENSIBILE DA DEFICIT DI SEPTIARINA REDUTTASI                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P393                 | ANAL. MUTAZ. X DISTONIA MIOCLONICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P396                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA CORNEO RETINICA DEL CRISTALLINO DI BIETTI                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P397                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA DEI CONI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P400                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA ITALINA DELLA RETINA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P402                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE CONGENITA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P405                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE DEI CINGOLI 2B (LGM02B) E MIOPATIA DI MYOSHI                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P406                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE DI DUCHENNE-BECKER  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P408                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE DI FUKUYAMA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P410                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA OCULOFARINGEA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P411                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA RETINICA EREDITARIA CON FUNDUS ALBIPUNCTATUS                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P416                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI DEL CICLO DELL'UREA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P417                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P418                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI (ESCLUSO: DIABETE MELLITO) |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P419                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI DEL METABOLISMO INTERMEDIO DEGLI ACIDI GRASSI E DEI MITOCONDRI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P421                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBO DEL LINGUAGGIO/DISPRASSIA VERBALE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P429                 | ANAL. MUTAZ. X EMOFILIA A   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P430                 | ANAL. MUTAZ. X EMOFILIA B   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P432                 | ANAL. MUTAZ. X EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P433                 | ANAL. MUTAZ. X ENCEFALOMIOPATIA ETILMALONICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P435                 | ANAL. MUTAZ. X ENCEFALOPATIA EPILETTICA PRECOCE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P437                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA DISTROPICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P442                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA SEMPLICE DA DEFICIT DI PLECTINA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P443                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA SIMPLEX CON DISTROFIA MUSCOLARE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P444                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSA SIMPLEX TIPO OGNA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P445                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA DEL LOBO TEMPORALE LATERALE (ADLTE) EPILESSIA PARZIALE CON SINTOMI AUDITIVI - ADLTE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P446                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA DIPENDENTE DALLA PIRIDOSSINA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P448                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA INFANTILE FAMILIARE BENIGNA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P449                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA MIOCLONICA GIOVANILE (JME)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P451                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIA PROGRESSIVA MIOCLONICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P453                 | ANAL. MUTAZ. X ERITROCHERATODERMIA SIMMETRICA PROGRESSIVA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P457                 | ANAL. MUTAZ. X ETEROTOPIA PERIVENTRICOLARE X-LINKED SINDROME OTO-PALATO-DIGITALE TIPO I E II SINDROME DI MELNICK-NEELES DISPLASIA FRONTO-METAFISALE ETEROTOPIA PERIVENTRICOLARE |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P459                 | ANAL. MUTAZ. X FABRY, MALATTIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P460                 | ANAL. MUTAZ. X FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P461                 | ANAL. MUTAZ. X FENILCHETONURIA O IPERFENILALANINEMIA/DEFICIT DI FENILALANINA IDROSSILASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P464                 | ANAL. MUTAZ. X FIBROSI CISTICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P467                 | ANAL. MUTAZ. X FRASIER, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P468                 | ANAL. MUTAZ. X FRAKE, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P470                 | ANAL. MUTAZ. X FUCOSIDOSI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P471                 | ANAL. MUTAZ. X GALATTOSSEMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P472                 | ANAL. MUTAZ. X GALATTOSIALIDOSI, DEFICIT COMBINATO BETA GALATTOSIDASI/NEURAMINIDASI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P473                 | ANAL. MUTAZ. X GANGLIOSIDOSI GM1, DEFICIT BETA-GALATTOSIDASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P474                 | ANAL. MUTAZ. X GAUCHER, MALATTIA/DEFICIT DI BETA-GLUCOSIDASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P475                 | ANAL. MUTAZ. X GILBERT, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P478                 | ANAL. MUTAZ. X GLUTATIONEMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P480                 | ANAL. MUTAZ. X GRANULOMATOSI CRONICA X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P482                 | ANAL. MUTAZ. X GREENBERG, DISPLASIA SCHELETRICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P483                 | ANAL. MUTAZ. X HAILEY-HAILEY, MALATTIA  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P484                 | ANAL. MUTAZ. X HAJDU CHENEY, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P485                 | ANAL. MUTAZ. X HALLERVORDEN-SPATZ, SINDROME                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P486                 | ANAL. MUTAZ. X HAWKINSINURIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P487                 | ANAL. MUTAZ. X HOLT-GRAM, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P488                 | ANAL. MUTAZ. X HUNTINGTON, MALATTIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P489                 | ANAL. MUTAZ. X IDROSSICHINURENINURIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P490                 | ANAL. MUTAZ. X IL2RA DEFICIENZA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P495                 | ANAL. MUTAZ. X INCONTINENTIA PIGMENTI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P496                 | ANAL. MUTAZ. X INCONTINENTIA PIGMENTI NEONATALE                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P497                 | ANAL. MUTAZ. X INCONTINENTIA PIGMENTI TIPO II                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P498                 | ANAL. MUTAZ. X INFERTILITÀ MASCHILE CATSPER-RELATA                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P499                 | ANAL. MUTAZ. X INSENSIBILITÀ AGLI ANDROGENI, SINDROME (AIS)                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P500                 | ANAL. MUTAZ. X INSENSIBILITÀ AL DOLORE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P502                 | ANAL. MUTAZ. X INTOLLERANZA EREDITARIA AL FRUTTOSIO (HFI), DEFICIT DI ALDOLASI B |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P503                 | ANAL. MUTAZ. X INTOLLERANZA EREDITARIA AL LATTOSIO                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P504                 | ANAL. MUTAZ. X INTOLLERANZA LISINURICA ALLE PROTEINE                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P509                 | ANAL. MUTAZ. X IPERALDOSTERONISMO FAMILIARE TIPO III                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P510                 | ANAL. MUTAZ. X IPERAMMONIEMIA EREDITARIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P511                 | ANAL. MUTAZ. X IPERARGININEMIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P512                 | ANAL. MUTAZ. X IPERATTIVITÀ DI FOSFORIBOSIL-PIROFOSFATO SINTETASI 1 GENE         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P513                 | ANAL. MUTAZ. X IPERCALCEMIA INFANTILE IDIOPATICA                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P516                 | ANAL. MUTAZ. X IPERCOLESTEROLEMIA AR TIPO 3                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P517                 | ANAL. MUTAZ. X IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE TIPO 2, DEFICIT DI APOLOPROTEINA B   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P520                 | ANAL. MUTAZ. X IPERFERRITINEMIA-CATARATTA, SINDROME                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P522                 | ANAL. MUTAZ. X IPERISTIDINEMIA 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P524                 | ANAL. MUTAZ. X IPERLIPOPROTEINEMIA TIPO IA                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P525                 | ANAL. MUTAZ. X IPERLISINEMIA FAMILIARE 1 GENE                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P526                 | ANAL. MUTAZ. X IPERMETIONINEMIA 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P528                 | ANAL. MUTAZ. X IPEROSALLURIA PRIMARIA TIPO I 1 GENE                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P529                 | ANAL. MUTAZ. X IPEROSALLURIA PRIMARIA TIPO II 1 GENE                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P530                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPARATIROIDISMO FAMILIARE ISOLATO                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P531                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPARATIROIDISMO NEONATALE SEVERO                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P533                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPLASIA SURRENALICA LIPOIDE CONGENITA 1 GENE                   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P534                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPROLUNEMIA TIPO I (HPI) 1 GENE                                |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P535                 | ANAL. MUTAZ. X IPERPROLUNEMIA TIPO II (HPII) 1 GENE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P536                 | ANAL. MUTAZ. X IPERTERMIA MALIGNA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P537                 | ANAL. MUTAZ. X IPERTIROIDISMO NON AUTOIMMUNE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P542                 | ANAL. MUTAZ. X IPOALFA LIPOPROTEINEMIA/ MALATTIA DI TANGIER E DEFICIENZA FAMILIARE DI HDL |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P543                 | ANAL. MUTAZ. X IPOBETA LIPOPROTEINEMIA ABETALIPOPROTEINEMIA (ABL)                         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P546                 | ANAL. MUTAZ. X IPOCONDROPLASIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P547                 | ANAL. MUTAZ. X IPOFOSFATASIA DELL'INFANZIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P548                 | ANAL. MUTAZ. X IPOFOSFATASIA PERINATALE (LETALE)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P549                 | ANAL. MUTAZ. X IPOFOSFATEMIA X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P550                 | ANAL. MUTAZ. X IPOGONADISMO IPOGONADOTROPO  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P551                 | ANAL. MUTAZ. X IPOMELANOSI DI ITO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P552                 | ANAL. MUTAZ. X IPOPARATIROIDISMO  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P553                 | ANAL. MUTAZ. X IPOPLASIA CARTILAGINE-CAPELLI, DISPLASIA ANAUXETICA                        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P554                 | ANAL. MUTAZ. X IPOPLASIA FOCALE DERMICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P555                 | ANAL. MUTAZ. X IPOPLASIA SURRENALE CONGENITA ASSOCIATA A IPOGONADISMO IPOGONADOTROPO      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P556                 | ANAL. MUTAZ. X IPOTRIROIDISMO CONGENITO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P557                 | ANAL. MUTAZ. X IPOTRANSFERRINEMIA FAMILIARE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P558                 | ANAL. MUTAZ. X IRIDA (IRON REFRACTORY IRON DEFICIENCY ANEMIA-IRIDA) SINDROME              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P559                 | ANAL. MUTAZ. X ISTIOCIITOSI X 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P562                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI EPIDERMOLITICA SUPERFICIALE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P563                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI HYSTRIX CURTH MACKLIN TYPE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P564                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P567                 | ANAL. MUTAZ. X KBG, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P570                 | ANAL. MUTAZ. X KEUTEL, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P572                 | ANAL. MUTAZ. X KINDLER, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P573                 | ANAL. MUTAZ. X KOSTMANN, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P574                 | ANAL. MUTAZ. X KRABBE, MALATTIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P575                 | ANAL. MUTAZ. X LARON, SINDROME/INSENSIBILITÀ AL GH  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P576                 | ANAL. MUTAZ. X LEGIUS, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P579                 | ANAL. MUTAZ. X LEPRECAUNISMO  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P580                 | ANAL. MUTAZ. X LERI-WEILL, SINDROME/BASSA STATURA NON SINDROMICA                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P581                 | ANAL. MUTAZ. X LESCH-NYHAN, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P585                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCODISTROFIA METACROMATICA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P587                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCOCENCEFALOPATIA E EPILESSIA (DEFICIT DI MTHFR)                         |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P588                 | ANAL. MUTAZ. X LI-FRAUMENI, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P591                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOSTOCITOSI EMOFAGOCITICA FAMILIARE (FHL2)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P592                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOPROLIFERATIVA X-LINKED2, SINDROME (XLP2)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P594                 | ANAL. MUTAZ. X LINFOPROLIFERATIVA X-LINKED, SINDROME (XLP)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P595                 | ANAL. MUTAZ. X LIPODISTROFIA CON DISPLASIA MANDIBOLOCRALE TIPO B  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P598                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA (AGRIA/PACHIGIRIA) TIPO I  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P600                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA CON MICROCEFALIA SEVERA (NORMAN ROBERTS)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P601                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA DI MILLER-DIEKER, DA DELEZIONE 17P13.3   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P604                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA X LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P605                 | ANAL. MUTAZ. X LISSENCEFALIA X-LINKED CON GENITALI AMBIGUI - SINDROME DEGLI SPASMI INFANTILI X-LINKED - SINDROME DI WEST - EPILESSIA MIOCLONICA X-LINKED CON SPASTICITÀ E RITARDO MENTALE |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P606                 | ANAL. MUTAZ. X LOWE, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P608                 | ANAL. MUTAZ. X MACROCEFALIA E AUTISMO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P610                 | ANAL. MUTAZ. X MALASSORBIMENTO CONGENITO DI SACCAROSIO ED ISOMALTOSIO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P611                 | ANAL. MUTAZ. X MALASSORBIMENTO CONGENITO GLUCOSIO - GALATTOSIO  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P612                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DA ACCUMULO DEGLI ESTERI DEL COLESTEROLO  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P614                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DA MUTAZIONE DEL GENE MYH9  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P615                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DA RITENZIONE DEI CHLOMICRONI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P616                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DEI GANGLI BASALI RESPONSIVO ALLA BIOTINA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P619                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI ALPERS   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P621                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 2 (AR-CMT2)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P622                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 2B (AR-CMT2B)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P623                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 2B1 (AR-CMT2B1)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P624                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 2B2 (AR-CMT2B2)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P625                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 2C (AR-CMT2C)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P627                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4A (CMT4A)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P628                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4B1 (CMT4B1)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P629                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4B2 (CMT4B2)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P630                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4C (CMT4C) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P631                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4D (CMT4D) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P632                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4E (CMT4E) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P633                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4F (CMT4F) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P634                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4G (CMT4G) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P635                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4H (CMT4H) 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P636                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1E 1 GENE   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P637                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI DENT 2   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P638                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI FARBER 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P639                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI HARTNUP 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P644                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI NIEMANN PICK TIPO B 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P645                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI NIEMANN-PICK 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P646                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO A 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P647                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI NORRIS 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P648                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI PELIZAEUS MERZBACHER 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P649                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI PELIZAEUS MERZBACHER AD ESORDIO TARDIVO 1 GENE                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P650                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI PELIZAEUS MERZBACHER CLASSICA X-LINKED 1 GENE                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P651                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI PELIZAEUS MERZBACHER DI TIPO ACUTO INFANTILE 1 GENE                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P653                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI POMPE, DEFICIT DI MALTASI ACIDA, DEFICIT DI ALFA-GLUCOSIDASI                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P655                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI SANDHOFF 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P656                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI SCHINDLER 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P657                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI SCHINDLER TIPO I 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P658                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI SCHINDLER TIPO II 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P659                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI SCHINDLER TIPO III 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P662                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P663                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 1 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P664                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 2 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P665                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 2A 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P666                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 2B 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P667                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 2M 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P668                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 2N 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P669                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI VON WILLEBRAND TIPO 3 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P670                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI WAGNER 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P671                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA HB SC 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P672                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA HUNTINGTON-LIKE TIPO 2 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P673                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA VENO-OCCLUSIVA EPATICA CON IMMUNODEFICIENZA 1 GENE                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P677                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONE DI ARNOLD-CHIARI DI TIPO II 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P679                 | ANAL. MUTAZ. X MALONICO ACIDURIA, DEFICIT DI MALONIL-CoA DECARBOSSILASI                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P680                 | ANAL. MUTAZ. X MANNOSIDOSI TIPO I   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P682                 | ANAL. MUTAZ. X MCCUNE-ALBRIGHT, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P685                 | ANAL. MUTAZ. X MELAS, SINDROME (MIOPATIA MITOCONDRIALE, ENCEFALOPATIA ACIDOSI LATTICA ED EPISODI STROKE-LIKE) |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P686                 | ANAL. MUTAZ. X MELORESTOSI, OSTEOPOROSI, BURSCHKEOLLENDORF, SINDROME                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P687                 | ANAL. MUTAZ. X MERFF, SINDROME (EPILESSIA MIOCLONICA CON FIBRE ROSSE SFILACCiate)         |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P690                 | ANAL. MUTAZ. X METILMALONICO ACIDURIA MUT/ DEFICIT DI METHYLMALONYL COA MUTASE (TIPO MUT) |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P692                 | ANAL. MUTAZ. X MICROCEFALIA (AR)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P693                 | ANAL. MUTAZ. X MICROFTALMIA ANOFTALMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P694                 | ANAL. MUTAZ. X MICROFTALMIA ISOLATA CON CATARATTA 2 (MCOPT2)                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P695                 | ANAL. MUTAZ. X MILLER, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P696                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA CENTRAL CORE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P697                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA CENTRONUCLEARE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P698                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA DESMINA RELATA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P699                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA DI BRODY 1  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P700                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA DI MIYOSHI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P701                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA MIOCLONICA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P702                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA MIOFIBRILLARE CRYAB RELATA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P703                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA MIOFIBRILLARE DA MIOTILINA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P704                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA MIOFIBRILLARE SEPN1 RELATA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P707                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIA ZASP RELATA 1   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P709                 | ANAL. MUTAZ. X MIOTONIA CONGENITA DI THOMSEN/BECKER                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P711                 | ANAL. MUTAZ. X MOWAT-WILSON, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P719                 | ANAL. MUTAZ. X MUENKE, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P720                 | ANAL. MUTAZ. X NAGER, SINDROME/DISOSTOSI ACROFACCIALE DI TIPO 1                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P721                 | ANAL. MUTAZ. X NAIL-PATELLA, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P722                 | ANAL. MUTAZ. X NEFRONOPTISI TIPO 1  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P723                 | ANAL. MUTAZ. X NEFROPATIA GIOVANILE IPERURICEMICA TIPO 2 (HNF12)                          |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P724                 | ANAL. MUTAZ. X NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLA DI TIPO 1                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P725                 | ANAL. MUTAZ. X NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLA DI TIPO 2 (MEN2A E 2B)                        |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P726                 | ANAL. MUTAZ. X NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLA DI TIPO 4 (MEN4)                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P727                 | ANAL. MUTAZ. X NETHERTON, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P728                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROACANTOCITOSI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P729                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROFIBROMATOSI FAMILIARE SPINALE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P730                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROFIBROMATOSI TIPO 1  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P731                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROFIBROMATOSI TIPO 2  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P732                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA ASSONALE GIGANTE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P733                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA ATASSIA RETINITE PIGMENTOSA, SINDROME (NARF)                    |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P734                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA CONGENITA IPOMIELINIZZANTE                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P736                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA MOTORIA E SENSORIALE EREDITARIA TIPO 5 (HMSNS) |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P738                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA SENSORIALE EREDITARIA PARAPLEGIA SPASTICA      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P739                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA TOMACULARE                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P742                 | ANAL. MUTAZ. X NEUTROPENIA CICLICA                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P743                 | ANAL. MUTAZ. X NEUTROPENIA CONGENITA                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P744                 | ANAL. MUTAZ. X NEUTROPENIA CONGENITA GRAVE                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P747                 | ANAL. MUTAZ. X NIUMEGEN BREAKAGE, SINDROME                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P749                 | ANAL. MUTAZ. X ODOONTOPOFOSFATASIA                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P752                 | ANAL. MUTAZ. X OKIHIRO, SINDROME E VARIANTI                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P753                 | ANAL. MUTAZ. X OUGO-AZOOSPERMIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P754                 | ANAL. MUTAZ. X OLOPROSENCEFALIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P755                 | ANAL. MUTAZ. X OMOCISTINURIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P756                 | ANAL. MUTAZ. X OMOCISTINURIA TIPO I                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P757                 | ANAL. MUTAZ. X ORITZ-KAVEGGIA E LUJAN-FRYSN SINDROME                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P758                 | ANAL. MUTAZ. X ORITZ, SINDROME X-LINKED                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P759                 | ANAL. MUTAZ. X OROTICO ACIDURIA EREDITARIA                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P760                 | ANAL. MUTAZ. X ORTICARIA FAMILIARE DA FREDDO                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P762                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPETROSI AUTOSOMICA DOMINANTE TIPO I                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P763                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPETROSI AUTOSOMICA DOMINANTE TIPO II                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P768                 | ANAL. MUTAZ. X OVALOCITOSI EREDITARIA                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P771                 | ANAL. MUTAZ. X PAGET GIOVANILE AR, MORBO                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P775                 | ANAL. MUTAZ. X PANIPOITUITARISMO E DISPLASIA SETTOOTICA                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P777                 | ANAL. MUTAZ. X PARALISI IPERCALEMICA                                     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P781                 | ANAL. MUTAZ. X PEMFIGO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P782                 | ANAL. MUTAZ. X PEMFIGO NEONATALE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P785                 | ANAL. MUTAZ. X PENTOSURIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P790                 | ANAL. MUTAZ. X PITT-HOPKINS, SINDROME                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P791                 | ANAL. MUTAZ. X POLIENDOCRINOPATIA AUTOIMMUNE TIPO I (APS1 O APECCD)      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P792                 | ANAL. MUTAZ. X POLIENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P793                 | ANAL. MUTAZ. X POLIGLICOSANO ADULTO BODY                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P794                 | ANAL. MUTAZ. X POLIMICROGIRIA BILATERALE FRONTO-PARIETALE                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P795                 | ANAL. MUTAZ. X POLIMICROGIRIA BILATERALE PERISILVIANA                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P796                 | ANAL. MUTAZ. X POLINEUROPATIA CARDIOPATICA AMILOIDOTICA FAMILIARE        |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P797                 | ANAL. MUTAZ. X POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P798                 | ANAL. MUTAZ. X POLIPOS ADENOMATOSA FAMILIARE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P799                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA ACUTA INTERMITTENTE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P801                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA CUTANEA TARDIA (PCT)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P802                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA DA DEFICIT DI 5-AMINOLEVULINICO DEIDRATASI ACIDA (ALA-D)     |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P803                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA EPATOERITROPOIETICA (HEP)                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P804                 | ANAL. MUTAZ. X PORFIRIA VARIEGATA (VP)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P807                 | ANAL. MUTAZ. X PRADER-WILLI, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P808                 | ANAL. MUTAZ. X PROGERIA DI HUTCHINSON-GILFORD  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P809                 | ANAL. MUTAZ. X PROTOPORFIRIA ERITROPOIETICA (EPP)                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P810                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDOACONDROPLASIA, DISPLASIA EPIFISARIA MULTIPLA                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P811                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDOACONDROPLASIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P812                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDODEFICIENZA ARILSULFATASI A                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P814                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDOIPOPARATIROIDISMO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P815                 | ANAL. MUTAZ. X PSEUDOAXANTOMA ELASTICO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P823                 | ANAL. MUTAZ. X RENE POLICISTICO AR   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P826                 | ANAL. MUTAZ. X RETINOBLASTOMA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P827                 | ANAL. MUTAZ. X RETINOSCHISI FAMILIARE DELLA FOVEA                                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P828                 | ANAL. MUTAZ. X RETINOSCHISI X-LINKED   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P830                 | ANAL. MUTAZ. X RITARDO MENTALE ALFA-TALASSEMIA X-LINKED E AUTOSOMICO                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P831                 | ANAL. MUTAZ. X ROTHMUND-THOMSON SINDROME ,BALLER-GEROLD SINDROME, RAPALINO SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P832                 | ANAL. MUTAZ. X RUBINSTEIN TAYBI, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P834                 | ANAL. MUTAZ. X SARCO SINEMIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P835                 | ANAL. MUTAZ. X SCHOPF-SCHULZ-PASSARGE, SINDROME AGENESIA DENTARIA                    |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P838                 | ANAL. MUTAZ. X SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA GIOVANILE                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P843                 | ANAL. MUTAZ. X SFEROCTOSI EREDITARIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P844                 | ANAL. MUTAZ. X SFEROCTOSI EREDITARIA CON TRAIT BETA-TALASSEMICO                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P846                 | ANAL. MUTAZ. X SIALIDOSI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P847                 | ANAL. MUTAZ. X SILVER RUSSEL, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P848                 | ANAL. MUTAZ. X SIMPSON-GOLABI-BEHMEL, SINDROME                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P852                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME ASSOCIATA A MUTAZIONI DEL RECCETTORE 1A DEL TNF-ALFA (TRAPS) |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P853                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME BRANCHIO OCULO FACIALE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P855                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME C  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P856                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME CAMPTOMELICA   |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P857                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME CANDLE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P858                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME CEREBRO-COSTO-MANDIBOLARE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P860                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME CINCA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P861                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA DEPLEZIONE DEL DNA MITOCONDRIALE, FORMA EPATOCEREBRALE DA DEFICIT DI DGUOK |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P862                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA ECCESSO/DEFICIENZA DI AROMATASI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P863                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA ESFOLIAZIONE ACRALE (ACRAL PEELING SKINSYNDROME)                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P864                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DA IPER-HGD   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P869                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DELL'ANEMIA MEGALOBLASTICA TIAMINA RESPONSIVA                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P870                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DELL'EPILESSIA DEL NORD   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P872                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DELLO PTERIGIO POKLITEO   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P874                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ALLAN-HERNOND-DUDLEY SYNDROME (AHD5)                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P875                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ANTLEY-BIXLER  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P876                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ARNOLD-CHIARI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P878                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI BORJESON   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P882                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI COFFIN LOWRY   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P885                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI DONNAI-BARROW  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P886                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI DORFMAN CHANARIN   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P888                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI DYGGVE MELCHOR CLAUSEN (DMC)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P889                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI FILIPPI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P891                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI GARDNER  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P892                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI GILLESPIE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P893                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI HECHT  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P894                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI HECHT-BEALS  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P896                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI HUNTER   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P897                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI HURLER   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P898                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ISAACS   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P899                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI JACKSON WEISS  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P901                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI KELLEY-SEEGMILLER  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P903                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI KLIPPEL TRENAUNAY  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P904                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI LANDAU KLEFFNER  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P908                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MAJEED 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P909                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MARINESCO SJÖGREN 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P910                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MAROTEAUX LAMY 1 GENE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P911                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MARSHALL SMITH 1 GENE  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P912                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MCLEOD 1 GENE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P914                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MENKES 1 GENE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P917                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MUENKE 1 GENE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P919                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI NIMEGEN 1 GENE                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P921                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI PEUTZ JEGHERS 1 GENE                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P922                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI POLAND 1 GENE                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P923                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI REIFENSTEIN 1 GENE                                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P925                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ROBERTS 1 GENE                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P928                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI SANFILIPPO B 1 GENE                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P929                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI SANIAD-SAKATI 1 GENE                                |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P930                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI SCHINZEL GIEDION 1 GENE                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P932                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI 1 GENE                  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P933                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI STURGE-WEBER 1 GENE                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P941                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME EEC  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P944                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME IPERAMMONEMIA IPERORININEMIA OMOCTRULLINEMIA           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P945                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME MCPAP  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P946                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME ORO-FACIO-DIGITALE TIPO 1                              |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P947                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME OTO-PALATO-DIGITALE TIPO II                            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P948                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME PAPA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P952                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME SHORT 1 GENE   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P953                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRICO-DENTO-OSSEA                                      |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P955                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRICORINOFALANGEA TIPO I                               |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P957                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRICORINOFALANGEA TIPO III                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P958                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TRISMA- PSEUDOCAMPFODATTILIA                           |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P959                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME TROMBOCITOPENIA CON ASSENZA DI RADIO (TAR)             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P960                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME UNGHIA-ROTULA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P961                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI AUTONFIAMMATORIE EREDITARIE                            |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P963                 | ANAL. MUTAZ. X SIOGREN-LARSSON, SINDROME                                       |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P965                 | ANAL. MUTAZ. X SMITH MAGENS, SINDROME (NON DELETO)                             |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P969                 | ANAL. MUTAZ. X STOMATOCTOSI EREDITARIA CON EMAZIE IPERIDRATATE                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P971                 | ANAL. MUTAZ. X STUVE WIEDEMANN (LFR), SINDROME                                 |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P972                 | ANAL. MUTAZ. X SWYER, SINDROME/ PSEUDOERMAFRODISMI MASCHILI/ SEX REVERSAL (SR) |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P973                 | ANAL. MUTAZ. X TALASSEMIA ALFA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P974                 | ANAL. MUTAZ. X TALASSEMIA BETA   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P975                 | ANAL. MUTAZ. X TALASSEMIA DELTA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P978                 | ANAL. MUTAZ. X TIROSINEMIA TIPO I   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P979                 | ANAL. MUTAZ. X TIROSINEMIA TIPO I   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P980                 | ANAL. MUTAZ. X TIROSINEMIA TIPO II  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P981                 | ANAL. MUTAZ. X TIROSINEMIA TIPO III   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P982                 | ANAL. MUTAZ. X TOWNES BROKES, SINDROME E VARIANTI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P984                 | ANAL. MUTAZ. X TRIGONOCFALIA  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P985                 | ANAL. MUTAZ. X TRIMETILAMINURIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P986                 | ANAL. MUTAZ. X TROMBOCITOPENIA AMEGACARIOCITICA CONGENITA (CAMT)  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P988                 | ANAL. MUTAZ. X TROMBOCITOPENIA GATA X-LINKED  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P990                 | ANAL. MUTAZ. X TURNER, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P992                 | ANAL. MUTAZ. X VACTERL ASSOCIAZIONE DI  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P993                 | ANAL. MUTAZ. X VAN DER WOUDE  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P995                 | ANAL. MUTAZ. X VON HIPPEL LINDAU, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P996                 | ANAL. MUTAZ. X WAARDENBURG TIPO II, SINDROME  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P998                 | ANAL. MUTAZ. X WEAVER, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1010P999                 | ANAL. MUTAZ. X WHIM SINDROME DI (WARTS,HYPOGAMMAGLOBULINEMIA, INFECTIONS, MELOKATHESIS)                   |                          |
|      | G1.01.D                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)   | 180,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101D0001                 | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD) |                          |
|      | G1.01.M                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione   | 227,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101MP112                 | ANAL. MUTAZ. X BECKWITH-WIEMANN, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1000                 | ANAL. MUTAZ. X WILMS, TUMORE DI   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1001                 | ANAL. MUTAZ. X WILSON, MALATTIA   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1002                 | ANAL. MUTAZ. X WOLFRAAM, SINDROME   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1003                 | ANAL. MUTAZ. X X FRAGILE/XTAS/POF   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1005                 | ANAL. MUTAZ. X XANTINURIA TIPO I  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1006                 | ANAL. MUTAZ. X XANTINURIA TIPO II   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1007                 | ANAL. MUTAZ. X XANTOMATOSI CEREBRO TENDINEA (CTX)   |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1009                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 1  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1010                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 2  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1011                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 3  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1012                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 4  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1013                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 5  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1014                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 6  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1015                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO 7  |                          |
|      | G1.01                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 450,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101P1016                 | ANAL. MUTAZ. X XERODERMA PIGMENTOSO TIPO VARIANTE   |                          |
|      | G1.01.T                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette                                       | 100,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G101TP100                 | ANAL. MUTAZ. X ATROFIA MUSCOLARE SPINALE DI KENNEDY   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113E003                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113E007                 | ANAL. MUTAZ. X MIELODISPLASIE (INCLUSA LA LEUCEMIA MIELOMONOCLITICA GIOVANILE)                                       |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P041                 | ANAL. MUTAZ. X AMAUROSIS CONGENITA DI LEBER  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P047                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIA DI BLACKFAN DIAMOND  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P058                 | ANAL. MUTAZ. X ANEURISMI EREDITARI   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P068                 | ANAL. MUTAZ. X APERT, SINDROME DI  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P072                 | ANAL. MUTAZ. X ARITMIE EREDITARIE/CANALOPATIE/CPVT   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P109                 | ANAL. MUTAZ. X BARDET-BIEDL, SINDROME  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P129                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOMIOPATIA DILATATIVA   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P131                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P169                 | ANAL. MUTAZ. X CECITA CONGENITA NOTTURNA STAZIONARIA   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P228                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIENZA DEL COMPLESSO I MITOCONDRIALE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P331                 | ANAL. MUTAZ. X DEFICIT INTELLETTIVO E MICROCEFALE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P351                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSS) (46, XY ANOMALIE NELLA SINTESI O NELL'AZIONE DEGLI ANDROGENI)   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P352                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE (DSS) (46, XY GONADICI)   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P398                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA DEI CON/BASTONCELLI   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P404                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIA MUSCOLARE DEI CINGOLI   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P423                 | ANAL. MUTAZ. X EHLERS-DANLOS E SINDROMI MARFANOIDI (DD DI JHS/EDS-HT E SINDROMI COMUNI) E VARIANTI RARE              |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P426                 | ANAL. MUTAZ. X EMERALOPIA CONGENITA  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P577                 | ANAL. MUTAZ. X LEIGH, MALATTIA   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P626                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIA DI CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSOMICO RECESSIVO TIPO 4 (CMT4)                                    |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P741                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIE PERIFERICHE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P761                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOGENESI IMPERFECTA  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P765                 | ANAL. MUTAZ. X OSTEOPETROSI  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P780                 | ANAL. MUTAZ. X PARKINSON EREDITARIO, MALATTIA  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P824                 | ANAL. MUTAZ. X RETINITI PIGMENTOSE AD  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P825                 | ANAL. MUTAZ. X RETINITI PIGMENTOSE AR  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P913                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MECKEL 13 GENI  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P916                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI MUCKLE-WELLS 1 GENE   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P935                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI WALKER-WARBURG 14 GENI  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P940                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROME DI ZELLWEGER   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P994                 | ANAL. MUTAZ. X VITREOPATIE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2005                | ANAL. MUTAZ. X ATROFIE OTTICHE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2021                | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE TIROIDEE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2024                | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE  |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2028                | ANAL. MUTAZ. X RASOPATIE   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2031                | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DELL'ASSORBIMENTO E DEL TRASPORTO DI VITAMINE E COFATTORI NON PROTEICI              |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2032                | ANAL. MUTAZ. X PANCREATTI SU BASE GENETICA   |                          |
|      | G1.1130                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo  | 1.150,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1113P2033                | ANAL. MUTAZ. X NEUROFIBROMATOSI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P218                 | ANAL. MUTAZ. X CRANIOSINOSTOSI ISOLATE E SINDROMICHE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P414                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIE CORNEALI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P420                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI DELLA MIGRAZIONE NEURONALE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P452                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIE FOCALI E IDIOPATICHE GENERALIZZATE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P586                 | ANAL. MUTAZ. X LEUCODISTROFIE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P789                 | ANAL. MUTAZ. X PIASTRINOPATIE EREDITARIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattie che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1319P837                 | ANAL. MUTAZ. X SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA   |                          |
|      | G1.91                         | Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo                                | 60,00    | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G19100001                 | Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo |                          |
|      | G1.92                         | Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)  | 160,00   | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G19200001                 | Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)   |                          |
|      | G1.93                         | Analisi mutazionale di malattie che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi  | 180,00   | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1930P436                 | ANAL. MUTAZ. X ENCEFALOPATIA NEUROGASTROINTESTINALE MITOCONDRIALE (MNGIE), SINDROME                                  |                          |
|      | G1.93                         | Analisi mutazionale di malattie che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi  | 180,00   | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1930P540                 | ANAL. MUTAZ. X IPOCALUSIA NEUROSENSORIALE NON SINDROMICA MITOCONDRIALE   |                          |
|      | G1.93                         | Analisi mutazionale di malattie che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi  | 180,00   | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1930P568                 | ANAL. MUTAZ. X KEARNS-SAYRE, SINDROME  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.93                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi  | 180,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1930P737                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIA OTTICA EREDITARIA DI LEBER   |                          |
|      | G1.93                         | Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi  | 180,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G1930P751                 | ANAL. MUTAZ. X OPTALMOPLERIA ESTERNA PROGRESSIVA (PEO) MITOCONDRIALE   |                          |
|      | G1.94                         | Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)  | 120,00  | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G19400001                 | Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C001                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X SINDROME ASSOCIATA AD ANOMALIA CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C002                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X SINDROME DA INSTABILITÀ CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C003                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X DIFETTI CONGENITI/QUADRI MALFORMATIVI   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C004                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X ANALISI DEL CARIOTIPO PER DISABILITÀ INTELLETTIVA   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C005                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X RITARDO DI ACCRESCIMENTO/SVILUPPO   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C006                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X AMENORREA/MENOPAUSA PRECOCE   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C007                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X GENITALI AMBIGUI  |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C008                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X STERILITÀ, INFERTILITÀ, POLIABORTIVITÀ  |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C009                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X CONSANGUINEI DI PORTATORI DI ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C010                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X GENITORI A SEGUITO DI RISCOTRO DI ANOMALIA CROMOSOMICA FETALE   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C011                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X RISCHIO DI ANOMALIA CROMOSOMICA. GENITORI DI SOGGETTI (DECEDEUTI SENZA DIAGNOSI) MALFORMATI O CON SOSPETTA ANOMALIA CROMOSOMICA |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C012                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X ANOMALIA CROMOSOMICA SOSPETTATA IN BASE A RISULTATI DI PRECEDENTI ANALISI GENETICHE   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C015                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (POST NATALE)  |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C025                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (POSTNATALE)   |                          |
|      | G2.01                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi           | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2010C027                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (POSTNATALE)   |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020C013                 | ANAL. CITOGEN. POST NATALE X PALLISTER-KILLIAN, SINDROME   |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E003                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E004                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LINFOMA/LEUCEMIA CELL BETA: TRASLOCAZIONI IGH/BCL1, IGH/BCL2   |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E007                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X MIELODISPLASIE (INCLUSA LA LEUCEMIA MIELOMONOCLITICA GIOVANILE)  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E008                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X MIELOFIBROSI   |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E012                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LEUCEMIA LINFOLASTICA ACUTA  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E013                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X ALTRE SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE (MPN)  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E014                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LINFOMI NON-HODGKIN  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E015                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA   |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E016                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA  |                          |
|      | G2.02                         | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2020E017                 | ANAL. CITOGEN. POSTNATALE X MIELOMA MULTIPLO E GAMMOPATIE MONOCLONALI  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C014                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (PRENATALE)  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C016                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ETÀ MATERNA AVANZATA  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C017                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X PRECEDENTE GRAVIDANZA CON ANOMALIA CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C018                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X GENITORE PORTATORE DI ANOMALIA CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C019                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ANOMALIE FETALI E SEGNI PREDITTIVI EVIDENZIATI ECOGRAFICAMENTE  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C020                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X INDAGINI BIOCHIMICHE SUL SIERO MATERNO SUGGERITE DA UN AUMENTO DEL RISCHIO DI PATOLOGIA CROMOSOMICA NEL FETO                      |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C021                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X RISCHIO DI MALATTIE MENDELIANE DA INSTABILITÀ CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C022                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI ANEUPLOIDIE RICONTRATE NEL DNA FETALE SUL SANGUE MATERNO  |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C023                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ALTRE CONDIZIONI EMERSE IN SEDE DI CONSULENZA GENETICA  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C024                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.03                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura amniociti, colorazioni differenziali  | 220,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2030C026                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C014                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C016                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ETÀ MATERNA AVANZATA   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C017                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X PRECEDENTE GRAVIDANZA CON ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C018                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X GENITORE PORTATORE DI ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C019                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ANOMALIE FETALI E SEGNI PREDITTIVI EVIDENZIATI ECOGRAFICAMENTE   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C020                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X INDAGINI BIOCIMICHE SUL SIERO MATERNO SUGGERIVE DI UN AUMENTO DEL RISCHIO DI PATOLOGIA CROMOSOMICA NEL FETO                      |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C021                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X RISCHIO DI MALATTIE MENDELIANE DA INSTABILITÀ CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C022                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI ANEUPLOIDIE RISONTRATE NEL DNA FETALE SUL SANGUE MATERNO   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C023                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ALTRE CONDIZIONI EMERSE IN SEDE DI CONSULENZA GENETICA.  |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C024                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.04                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura villi coriali, cultura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.   | 330,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2040C026                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C014                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C016                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ETÀ MATERNA AVANZATA   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C017                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X PRECEDENTE GRAVIDANZA CON ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C018                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X GENITORE PORTATORE DI ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C019                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ANOMALIE FETALI E SEGNI PREDITTIVI EVIDENZIATI ECOGRAFICAMENTE   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C020                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X INDAGINI BIOCIMICHE SUL SIERO MATERNO SUGGERIVE DI UN AUMENTO DEL RISCHIO DI PATOLOGIA CROMOSOMICA NEL FETO                      |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C021                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X RISCHIO DI MALATTIE MENDELIANE DA INSTABILITÀ CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C022                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI ANEUPLOIDIE RISONTRATE NEL DNA FETALE SUL SANGUE MATERNO   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C023                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ALTRE CONDIZIONI EMERSE IN SEDE DI CONSULENZA GENETICA.  |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C024                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.05                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: cultura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2050C026                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.06                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Cultura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi             | 210,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G20600001                 | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Cultura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C016                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ETÀ MATERNA AVANZATA   |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C017                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X PRECEDENTE GRAVIDANZA CON ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C018                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X GENITORE PORTATORE DI ANOMALIA CROMOSOMICA   |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C020                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X INDAGINI BIOCIMICHE SUL SIERO MATERNO SUGGERIVE DI UN AUMENTO DEL RISCHIO DI PATOLOGIA CROMOSOMICA NEL FETO                      |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C021                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X RISCHIO DI MALATTIE MENDELIANE DA INSTABILITÀ CROMOSOMICA  |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C022                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X CONFERMA DI ANEUPLOIDIE RISONTRATE NEL DNA FETALE SUL SANGUE MATERNO   |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C023                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X ALTRE CONDIZIONI EMERSE IN SEDE DI CONSULENZA GENETICA.  |                          |
|      | G2.07                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo   | 250,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2070C024                 | ANAL. CITOGEN. PRENATALE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (PRENATALE)   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080C014                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (PRENATALE)  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080C015                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X CONFERMA DI MOSAICISMO CROMOSOMICO (POST NATALE)  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080C025                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X COPPIE CON ABORTIVITÀ SPONTANEA RIPETUTA (POSTNATALE)   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080C026                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (PRENATALE)  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080C027                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (POSTNATALE)   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E001                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X ERETROCITOSI  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E002                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X IPEROSINOFILIA  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E003                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E004                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LINFOMA/LEUCEMIA CELL. BETA: TRASLOCAZIONI IGH/BCLL; IGH/BCL2   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E005                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA: IPERMUTAZIONE SOMATICA IGHV   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E006                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X MASTOCITOSI   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclci interfasei/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare                      | 300,00  | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E007                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X MIELODISPLASIE (INCLUSA LA LEUCEMIA MIELOMONOCLITICA GIOVANE)   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E008                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X MIELOFIBROSI  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E009                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X PIASTRINOPENIE FAMILIARI  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E010                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X POUICITEMIA VERA  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E011                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X TROMBOCITOPENIA ESSENZIALE  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E012                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E013                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X ALTRE SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE (MPN)   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E014                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LINFOMI NON-HODGKIN   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E015                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA  |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E016                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA   |                          |
|      | G2.08                         | Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nucliei interfase/MLPA e cultura del materiale biologico da analizzare  | 300,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2080E017                 | ANAL. CITOGEN. MOLECOLARE X MIELOMA MULTIPIO E GAMMOPATIE MONOCLONALI   |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C003                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X DIFETTI CONGENITI/QUADRI MALFORMATIVI                             |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C004                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X ANALISI DEL CARIOTIPO PER DISABILITA INTELLETTIVA                 |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C019                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X ANOMALIE FETALI E SEGNI PREDITTIVI EVIDENZIATI ECOGRAFICAMENTE    |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C023                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X ALTRE CONDIZIONI EMERSE IN SEDE DI CONSULENZA GENETICA            |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C027                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X SINDROME NOTA ASSOCIATA A MICRO-DELEZIONI/DUPLICAZIONI (POSTNALE) |                          |
|      | G2.09                         | IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e cultura del materiale biologico da analizzare     | 850,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G2090C028                 | IBRIDAZ. GENOMICA COMPARAT. SU MICROARRAY X ANOMALIE DELLE REGIONI SUBTELOMERICHE                             |                          |
|      | G2.10                         | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo  | 250,00   | 93          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G21000001                 | ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo                |                          |
|      | G3.01                         | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6   | 65,00    | 94          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G30100001                 | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6     |                          |
|      | G3.02                         | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19  | 65,00    | 95          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G30200001                 | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19    |                          |
|      | G3.03                         | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1   | 65,00    | 96          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G30300001                 | RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1                             |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2001                 | ANAL. MUTAZ. X ANEMIE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2002                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI METABOLISMO E TRASPORTO CALCIO FOSFORO                                       |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2003                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE GENETICHE DEL RITMO CARDIACO E CARDIOMIOPATIE GENETICHE                               |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2004                 | ANAL. MUTAZ. X ARTROGRIPOSI ISOLATE E SINDROMICHE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2006                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE GENETICHE DELLO SCHELETRO   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2007                 | ANAL. MUTAZ. X BASSA STATURA  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2008                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE DA ACCUMULO LISOSOMIALE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2009                 | ANAL. MUTAZ. X DEMENTIE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2010                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DEL COMPLEMENTO  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2011                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2012                 | ANAL. MUTAZ. X DISREGOLAZIONE DEL SISTEMA IMMUNITARIO E AUTOIMMUNITA'   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2013                 | ANAL. MUTAZ. X EHLERS-DANLOS E ALTRE ALTERAZIONI DEL TESSUTO CONNETTIVO                                       |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2014                 | ANAL. MUTAZ. X EPIDERMOLISI BOLLOSE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2015                 | ANAL. MUTAZ. X ITTIOSI ISOLATE E SINDROMICHE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2016                 | ANAL. MUTAZ. X GENDERMATOSI (ESCLUSO Epidermolisi bollose ereditarie e ittiosi isolate e sindromiche)         |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2017                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2018                 | ANAL. MUTAZ. X EPILESSIE SU BASE GENETICA   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2019                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI AUTOINFIAMMATORIE EREDITARIE/FAMILIARI                                |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2020                 | ANAL. MUTAZ. X FEOCROMOCITOMA/PARANGLIOMA FAMILIARE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2022                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI DA IPERACCRESIMENTO   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2023                 | ANAL. MUTAZ. X MICROCEFALIE ISOLATE E SINDROMICHE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2025                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE MITOCONDRIALI   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2026                 | ANAL. MUTAZ. X EPATOPATIE EREDITARIE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2029                 | ANAL. MUTAZ. X DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE ISOLATE E SINDROMICHE                           |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2030                 | ANAL. MUTAZ. X TUMORI EREDITARI   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2034                 | ANAL. MUTAZ. X CROMATINOPATIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2035                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO                    |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2036                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEGLI ACIDI ORGANICI                         |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2037                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLE LIPOPROTEINE           |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2038                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI LIPIDI                   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2039                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINACIDI              |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2040                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL CICLO DELL'UREA                          |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2041                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI              |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2042                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI ACIDI BILIARI                                  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2043                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLE PROTEINE               |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2044                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI METALLI                  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2046                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE DEI PEROSSISOMI   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2047                 | ANAL. MUTAZ. X DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEI NEUROTRASMETTITORI E DEI PICCOLI PEPTIDI |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2048                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE EREDITARIE ASSE IPOTALAMO IPOFISI E CONDIZIONI CORRELATE              |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2049                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE SURRENALICHE EREDITARIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2050                 | ANAL. MUTAZ. X IPERINSULINISMI CONGENITI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2051                 | ANAL. MUTAZ. X OBESITA' SINDROMICA  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2052                 | ANAL. MUTAZ. X IPOGONADISMI ISOLATI E SINDROMICI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2053                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONI CONGENITE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO ISOLATE E SINDROMICHE    |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2054                 | ANAL. MUTAZ. X MALATTIE RENALI CISTICHE   |                          |



ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2055                 | ANAL. MUTAZ. X NEFROPATIE PROTEINURICHE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2056                 | ANAL. MUTAZ. X TUBULOPATIE PRIMITIVE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2057                 | ANAL. MUTAZ. X NEFROPATIE INTERSTIZIALI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2058                 | ANAL. MUTAZ. X PNEUMOPATIE INTERSTIZIALI E DIFETTI DEL SURFACTANTE                             |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2059                 | ANAL. MUTAZ. X INTERSTIZIOPATIE POLMONARI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2060                 | ANAL. MUTAZ. X NEUROPATIE EREDITARIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2061                 | ANAL. MUTAZ. X MIOPATIE EREDITARIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2062                 | ANAL. MUTAZ. X DISTURBI EREDITARI DEL MOVIMENTO  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2064                 | ANAL. MUTAZ. X DISORDINI DEL NEUROSVILUPPO   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2066                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONI CRANIO-FACCIALI E DELL'ORECCHIO                                   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2067                 | ANAL. MUTAZ. X DISCINESIE CILIARI PRIMARIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2068                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI DA IPOVENTILAZIONE CENTRALE  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2069                 | ANAL. MUTAZ. X MALFORMAZIONI CONGENITE DELL'APPARATO VISIVO                                    |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2070                 | ANAL. MUTAZ. X CARDIOPATIE CONGENITE ISOLATE E SINDROMICHE                                     |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2071                 | ANAL. MUTAZ. X MICROANGIOPATIE CEREBRALI   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2072                 | ANAL. MUTAZ. X CIUOPATIE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2074                 | ANAL. MUTAZ. X ANGIOEDEMI EREDITARI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2075                 | ANAL. MUTAZ. X LINEFEMI PRIMARI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2076                 | ANAL. MUTAZ. X NEONATO CRITICO   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2077                 | ANAL. MUTAZ. X IPOCAUSIE ISOLATE E SINDROMICHE   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2078                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI POLIMORFICHE NEONATALI   |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2079                 | ANAL. MUTAZ. X ANOMALIE CONGENITE DEGLI ARTI ISOLATE E SINDROMICHE                             |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2080                 | ANAL. MUTAZ. X SINDROMI PROGERODI  |                          |
|      | G1.3190                       | Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo | 1.350,00 | 92          | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G319P2081                 | ANAL. MUTAZ. X LIPODISTROFIE   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010E01D                 | ANAL. GEN. X POLICITEMIA VERA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010E016                 | ANAL. GEN. X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010E102                 | ANAL. GEN. X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA - VALUT. MARCAT. SPEC.                                    |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010E104                 | ANAL. GEN. X LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA - VALUT. MARCAT. SPEC.                               |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G006                 | ANAL. GEN. X CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO - SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO           |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G010                 | ANAL. GEN. X NEUROBLASTOMA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G115                 | ANAL. GEN. X CARCINOMA ENDOMETRIALE METASTATICO - SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO    |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G128                 | ANAL. GEN. X TUMORI STROMALI DELL'UTERO - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G131                 | ANAL. GEN. X DESMOPLASTIC SMALL ROUND CELL TUMOR - SOSP. DIAGN.                                |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G132                 | ANAL. GEN. X SARCOMA A CELLULE CHIARE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G133                 | ANAL. GEN. X ISTIOCYTOMA FIBROSO ANGIOMATOIDE - SOSP. DIAGN.                                   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G134                 | ANAL. GEN. X LOW GRADE FIBROMYXOID SARCOMA / SCLEROSING EPITELIOID FIBROSARCOMA - SOSP. DIAGN. |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G135                 | ANAL. GEN. X MIDEPITELIOOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G137                 | ANAL. GEN. X PECOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G138                 | ANAL. GEN. X LEIOMIOSARCOMI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G139                 | ANAL. GEN. X DESMOID - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G140                 | ANAL. GEN. X TUMORE MIDFIBROBLASTICO INFAMMATOARIO - SOSP. DIAGN.                              |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G141                 | ANAL. GEN. X CISTI ANEURISMATICHE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G142                 | ANAL. GEN. X SARCOMI CIC RIRARRANGIATI - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G143                 | ANAL. GEN. X SARCOMI BCOR RIARRANGIATI - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G144                 | ANAL. GEN. X SARCOMI RET RIARRANGIATI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G145                 | ANAL. GEN. X CONDROBLASTOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G146                 | ANAL. GEN. X CONDROSARCOMA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G147                 | ANAL. GEN. X DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS - SOSP. DIAGN.                                    |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G148                 | ANAL. GEN. X TUMORE DESMOPLASTICO A PICCOLE CELLULE - SOSP. DIAGN.                             |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G149                 | ANAL. GEN. X EMANGIOMI DUELOMI EPITELIODE - SOSP. DIAGN.                                       |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G150                 | ANAL. GEN. X EMANGIOMI DUELOMI PSEUDOMIOGENICO - SOSP. DIAGN.                                  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G151                 | ANAL. GEN. X EMANGIOMA EPITELIODE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G152                 | ANAL. GEN. X DISPLASIA FIBROSA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G153                 | ANAL. GEN. X TUMORE A CELLULE GIGANTI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.01                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE su 1 gene - Qualunque metodo, Incl. FISH.   | 300,00   | 11          | Laboratorio     |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8010G154                 | ANAL. GEN. X CONDROSARCOMA MESENCHIMALE - SOSP. DIAGN.   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E001                 | ANAL.GEN. X ERITROCTOSI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E002                 | ANAL.GEN. X IPEREOSINOFILIA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E005                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E006                 | ANAL.GEN. X MASTOCITOSI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E008                 | ANAL.GEN. X MIELOFIBROSI - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E009                 | ANAL.GEN. X PIATRINOPENIE FAMILIARI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E011                 | ANAL.GEN. X TROMBOCITEMIA ESSENZIALE - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E101                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA - FOLLOW-UP  |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E106                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020E108                 | ANAL.GEN. X MACROGLOBULINEMIA DI WALDESTROM - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G002                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA DEL COLON RETTO METASTATICO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                                       |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G003                 | ANAL.GEN. X MELANOMA METASTATICO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.  |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G004                 | ANAL.GEN. X TUMORI A ORIGINE DALLE CELLULE FOLLICOLARI DELLA TIROIDE - SOSP. DIAGN.                                    |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G005                 | ANAL.GEN. X TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST) - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                                    |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G009                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.02                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Bassa Complessità (solo su DNA, da 2 a 20 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo   | 850,00   |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8020G116                 | ANAL.GEN. X MEDULLOBLASTOMA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E007                 | ANAL.GEN. X MIELODISPLASIE - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E012                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E013                 | ANAL.GEN. X ALTRE NEOPLASIE MIELOPROLIFERATIVE (MDS/MPN) - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E017                 | ANAL.GEN. X MIELOMA MULTIPLO E GAMMOPATIE MONOCLONALI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E103                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA LINFATICA CRONICA - FOLLOW-UP   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030E107                 | ANAL.GEN. X MIELOMA MULTIPLO E GAMMOPATIE MONOCLONALI - VALUTAZIONE MARC. SPEC.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G008                 | ANAL.GEN. X TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC) - SOSPETTO DIAGNOSTICO E SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.            |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G102                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA DEL COLON RETTO METASTATICO NTRK POSITIVI - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                         |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G103                 | ANAL.GEN. X TUMORI A ORIGINE DALLE CELLULE FOLLICOLARI DELLA TIROIDE - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM. (IODIO-RESISTENTI) |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G105                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO BRCA1/2 MUTATO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                                  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G106                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO NTRK POSITIVO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                                   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G107                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA GASTRICO E DELLA GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA NTRK POSITIVO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.         |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G109                 | ANAL.GEN. X ADENOCARCINOMA DUTTALE PANCREATICO AVANZATO NTRK POSITIVO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G111                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA EPATOCELLULARE AVANZATO NTRK POSITIVO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                             |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G112                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO RESISTENTE ALLA CASTRAZIONE - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.                   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G113                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO RESISTENTE ALLA CASTRAZIONE NTRK POSITIVO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.     |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G117                 | ANAL.GEN. X LINFOMI DI HODGKIN - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G118                 | ANAL.GEN. X LINFOMA MANTELLARE - SOSP. DIAGN.  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G119                 | ANAL.GEN. X LINFOMI MARGINALI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G120                 | ANAL.GEN. X LINFOMI FOLLICOLARI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G121                 | ANAL.GEN. X LINFOMA LINFOPLASMOCITICO - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G122                 | ANAL.GEN. X LINFOMI B PERIFERICI AGGRESSIVI - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G123                 | ANAL.GEN. X LINFOMI A CELLULE T PERIFERICHE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G124                 | ANAL.GEN. X LINFOMI A GRANDI CELLULE ANAPLASTICHE - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G125                 | ANAL.GEN. X LINFOMI A CELLULE T/NK - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.03                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Media Complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni o fino a 250 ampliconi/regioni target) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.000,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8030G126                 | ANAL.GEN. X LINFOMI A CELLULE T PERIFERICHE LEUCEMIZZATI - SOSP. DIAGN.  |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040E003                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040E105                 | ANAL.GEN. X LEUCEMIA LINFIOBLASTICA ACUTA - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G001                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE, ISTOTIPO ADENOCARCINOMA AVANZATO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G104                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA MAMMARIO AVANZATO HRD - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G108                 | ANAL.GEN. X COLANGIOCARCINOMA AVANZATO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.  |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G114                 | ANAL.GEN. X CARCINOMA OVARICO AVANZATO - SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.  |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G127                 | ANAL.GEN. X LINFOMI INTESTINALI A CELLULE T - SOSP. DIAGN.   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040.MTB                 | Analisi genomica estesa mediante sequenziamento massivo e parallelo prescrivibile da MTB regionale   |                          |
|      | G8.04                         | ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Alta Complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni o oltre 250 ampliconi/regioni target o metodica HRD) - Qualunque metodo, incl. Sequenziamento massivo parallelo  | 1.350,00 |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G8040G155                 | ANAL.GEN. X TUMORI MESENCHIMALI INDIFFERENZIAZI - SOSP. DIAGN. E SUSCETTIBILE DI TRATT. FARM.  |                          |
|      | G9.01                         | CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico | 25,00    |             | 11              | Laboratorio          |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | G90100001                 | CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico |                          |
| AH   | P241                          | PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P24100.01                 | PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide  |                          |
| AH   | P2501                         | PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo >35 a   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P25010.01                 | PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo >35 a   |                          |
| AH   | P2502                         | PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo <35a  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P25020.01                 | PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo <35a  |                          |
| AH   | P2780                         | PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P27800.01                 | PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA' > 17 aa  |                          |
| AH   | P340                          | PACC Sclerosi Multipla   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P34000.01                 | PACC Sclerosi Multipla   |                          |
| AH   | P345                          | PACC EPILESSIA   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P34500.01                 | PACC EPILESSIA   |                          |
| AH   | P4011                         | PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P40110.01                 | PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria   |                          |
| AH   | P4012                         | PACC ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P40120.01                 | PACC ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari  |                          |
| AH   | P410                          | INFUSIONE DI SOSTANZE CEMOTERAPICHE  | 1.80,00  |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P41000.01                 | INFUSIONE DI SOSTANZE CEMOTERAPICHE  |                          |
| AH   | P414                          | PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P41400.01                 | PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica   |                          |
| AH   | P427                          | PACC DIAGNOSI E FOLLOW UP DELLE ARITMIE CARDIACHE  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P42700.01                 | PACC DIAGNOSI E FOLLOW UP DELLE ARITMIE CARDIACHE  |                          |
| AH   | P4912                         | PACC DIAGNOSTICO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA PER MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P49120.01                 | PACC broncopatia cronica ostruttiva  |                          |
| AH   | P4939                         | PACC diagnostico asma  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P49390.01                 | PACC diagnostico asma  |                          |
| AH   | P5351                         | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA' > 17A   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P53510.01                 | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA' > 17A   |                          |
| AH   | P5352                         | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA' < 18A   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P53520.01                 | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA' < 18A   |                          |
| AH   | P5641                         | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA' >17A  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P56410.01                 | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA' >17A  |                          |
| AH   | P5642                         | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA' < 18A   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P56420.01                 | PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA' < 18A   |                          |
| AH   | P5714                         | PACC diagnostico epatite cronica ogni etiologia  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P57140.01                 | PACC diagnostico epatite cronica ogni etiologia  |                          |
| AH   | P5715                         | PACC diagnostico cirrosi ogni etiologia  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P57150.01                 | PACC diagnostico cirrosi ogni etiologia  |                          |
| AH   | P583                          | PACC Diagnostico Nefropatie  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P58300.01                 | PACC Diagnostico Nefropatie  |                          |
| AH   | P592                          | PACC PER NEFRITIS/O PER COLICA RENALE  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P59200.01                 | PACC PER NEFRITIS/O PER COLICA RENALE  |                          |
| AH   | P606                          | PACC Procezione Medicamentale Assistita pre-PMA Uomo   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P60600.01                 | PACC Procezione Medicamentale Assistita pre-PMA Uomo   |                          |
| AH   | P627                          | PACC diagnostico menopausa   | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P62700.01                 | PACC diagnostico menopausa   |                          |
| AH   | P628                          | PACC Procezione Medicamentale Assistita pre-PMA Donna  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P62800.01                 | PACC Procezione Medicamentale Assistita pre-PMA Donna  |                          |
| AH   | P7804                         | PACC Diagnostico dei Disturbi Dell'Equilibrio  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P78040.01                 | PACC Diagnostico dei Disturbi Dell'Equilibrio  |                          |
| AH   | P784                          | PACC Diagnostico Cefalea e altre Sindromi dolorose Neurologiche  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | P78400.01                 | PACC Diagnostico Cefalea e altre Sindromi dolorose Neurologiche  |                          |
| AH   | PCD08                         | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC  | 2.068,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD080.01                 | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC - DX   |                          |
| AH   | PCD08                         | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC  | 2.068,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD080.02                 | Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC - SX   |                          |
| AH   | PCD36                         | Interventi sulla retina  | -        |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD360.01                 | Interventi sulla retina - Occhio DX  |                          |
| AH   | PCD36                         | Interventi sulla retina  | 1.193,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD360.02                 | Interventi sulla retina - Occhio SX  |                          |
| AH   | PCD38                         | Interventi primari sull'iride  | 951,00   |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD380.01                 | Interventi primari sull'iride - Occhio DX  |                          |
| AH   | PCD38                         | Interventi primari sull'iride  | 951,00   |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD380.02                 | Interventi primari sull'iride - Occhio SX  |                          |
| AH   | PCD40                         | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni  | 1.292,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD400.01                 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni - Occhio DX  |                          |
| AH   | PCD40                         | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni  | 1.292,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD400.02                 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni - Occhio SX  |                          |
| AH   | PCD41                         | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni  | 1.037,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD410.01                 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni - Occhio DX  |                          |
| AH   | PCD41                         | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni  | 1.037,00 |             | 26              | Altre                |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PCD410.02                 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni - Occhio SX  |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATURE TARIFFARIA E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA  | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|----------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| AH   | PC042                         | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino                            | 1.218,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0420.01                 | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino - Occhio DX                     |                          |
| AH   | PC042                         | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino                            | 1.218,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0420.02                 | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino - Occhio SX                     |                          |
| AH   | PC051                         | Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia   | 1.182,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0510.01                 | Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia  |                          |
| AH   | PC055                         | Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola   | 1.290,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0550.01                 | Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola  |                          |
| AH   | PC059                         | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni   | 771,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0590.01                 | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni  |                          |
| AH   | PC060                         | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni   | 522,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC0600.01                 | Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni  |                          |
| AH   | PC119                         | Legatura e stripping di vene   | 1.246,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1190.01                 | Legatura e stripping di vene  |                          |
| AH   | PC158                         | Interventi su ano e stoma senza CC   | 806,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1580.01                 | Interventi su ano e stoma senza CC  |                          |
| AH   | PC160                         | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC                             | 1.218,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1600.01                 | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC - DX                             |                          |
| AH   | PC160                         | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC                             | 1.218,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1600.02                 | Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC - SX                             |                          |
| AH   | PC168                         | Interventi sulla bocca con CC  | 1.089,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1680.01                 | Interventi sulla bocca con CC   |                          |
| AH   | PC169                         | Interventi sulla bocca senza CC  | 1.089,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC1690.01                 | Interventi sulla bocca senza CC   |                          |
| AH   | PC227                         | Interventi sui tessuti molli senza CC  | 1.199,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2270.01                 | Interventi sui tessuti molli senza CC   |                          |
| AH   | PC261                         | Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale               | 1.568,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2610.01                 | Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale - DX               |                          |
| AH   | PC261                         | Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale               | 1.568,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2610.02                 | Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale - SX               |                          |
| AH   | PC262                         | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne                                   | 930,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2620.01                 | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne - DX                                   |                          |
| AH   | PC262                         | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne                                   | 930,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2620.02                 | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne - SX                                   |                          |
| AH   | PC266                         | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC                 | 1.386,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2660.01                 | Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC                      |                          |
| AH   | PC267                         | Interventi perianali e pilonidali  | 697,60   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2670.01                 | Interventi perianali e pilonidali   |                          |
| AH   | PC268                         | Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella                              | 1.725,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2680.01                 | Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella                                   |                          |
| AH   | PC270                         | Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC                                    | 875,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC2700.01                 | Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC   |                          |
| AH   | PC377                         | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni                                      | 954,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3770.01                 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni - DX                                      |                          |
| AH   | PC377                         | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni                                      | 954,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3770.02                 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni - SX                                      |                          |
| AH   | PC339                         | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni                                      | 954,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3390.02                 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni - DX                                      |                          |
| AH   | PC340                         | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni                                      | 894,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3400.01                 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni - Dx                                      |                          |
| AH   | PC340                         | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni                                      | 894,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3400.02                 | Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni - SX                                      |                          |
| AH   | PC345                         | Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne                     | 1.065,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3450.01                 | Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne                          |                          |
| AH   | PC360                         | Interventi su vagina, cervice e vulva  | 1.106,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3600.01                 | Interventi su vagina, cervice e vulva   |                          |
| AH   | PC362                         | Occlusione endoscopica delle tube  | 938,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3620.01                 | Occlusione endoscopica delle tube   |                          |
| AH   | PC364                         | Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne                                 | 815,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3640.01                 | Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne                                      |                          |
| AH   | PC377                         | Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico                                 | 1.041,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3770.01                 | Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico                                      |                          |
| AH   | PC381                         | Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia                              | 878,00   | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC3810.01                 | Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia                                   |                          |
| AH   | PC503                         | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione  | 1.607,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC5030.01                 | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione - DX  |                          |
| AH   | PC503                         | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione  | 1.607,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC5030.02                 | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione - SX  |                          |
| AH   | PC538                         | Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC            | 1.406,00 | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PC5380.01                 | Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC                 |                          |
| AH   | PM013                         | Sclerosi multipla e atassia cerebellare  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0130.01                 | Sclerosi multipla e atassia cerebellare   |                          |
| AH   | PM019                         | Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0190.01                 | Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC  |                          |
| AH   | PM047                         | Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0470.01                 | Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC  |                          |
| AH   | PM070                         | Diste media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0700.01                 | Diste media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni  |                          |
| AH   | PM073                         | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni                                  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0730.01                 | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni                                       |                          |
| AH   | PM074                         | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni                                  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM0740.01                 | Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni                                       |                          |
| AH   | PM131                         | Malattie vascolari periferiche senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM1310.01                 | Malattie vascolari periferiche senza CC   |                          |
| AH   | PM133                         | Alterazioni senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM1330.01                 | Alterazioni senza CC  |                          |
| AH   | PM142                         | Sincope e collasso senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM1420.01                 | Sincope e collasso senza CC   |                          |
| AH   | PM189                         | Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC                                 | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM1890.01                 | Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC                                      |                          |
| AH   | PM208                         | Malattie delle vie biliari senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2080.01                 | Malattie delle vie biliari senza CC   |                          |
| AH   | PM241                         | Malattie del tessuto connettivo senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2410.01                 | Malattie del tessuto connettivo senza CC  |                          |
| AH   | PM243                         | Affezioni mediche del dorso  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2430.01                 | Affezioni mediche del dorso   |                          |
| AH   | PM245                         | Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2450.01                 | Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC   |                          |
| AH   | PM248                         | Tendinite, miosite e borsite   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2480.01                 | Tendinite, miosite e borsite  |                          |
| AH   | PM251                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC     | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2510.01                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC - DX     |                          |
| AH   | PM251                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC     | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2510.02                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC - SX     |                          |
| AH   | PM252                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni              | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2520.01                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni - DX              |                          |
| AH   | PM252                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni              | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2520.02                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni - SX              |                          |
| AH   | PM254                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2540.01                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC - DX |                          |
| AH   | PM254                         | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2540.02                 | Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC - SX |                          |
| AH   | PM256                         | Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo                                | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2560.01                 | Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo                                     |                          |
| AH   | PM276                         | Patologie non maligne della mammella   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2760.01                 | Patologie non maligne della mammella  |                          |
| AH   | PM281                         | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC                  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2810.01                 | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC                       |                          |
| AH   | PM282                         | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni                           | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2820.01                 | Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni                                |                          |
| AH   | PM283                         | Malattie minori della pelle con CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2830.01                 | Malattie minori della pelle con CC  |                          |
| AH   | PM284                         | Malattie minori della pelle senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2840.01                 | Malattie minori della pelle senza CC  |                          |
| AH   | PM299                         | Difetti congeniti del metabolismo  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM2990.01                 | Difetti congeniti del metabolismo   |                          |
| AH   | PM301                         | Malattie endocrine senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3010.01                 | Malattie endocrine senza CC   |                          |
| AH   | PM323                         | Calcoli urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3230.01                 | Calcoli urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni   |                          |
| AH   | PM327                         | Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3270.01                 | Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni   |                          |
| AH   | PM329                         | Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3290.01                 | Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC  |                          |
| AH   | PM332                         | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC                                  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3320.01                 | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC                                       |                          |
| AH   | PM333                         | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3330.01                 | Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni  |                          |
| AH   | PM349                         | Neoplasia prostatica benigna senza CC  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3490.01                 | Neoplasia prostatica benigna senza CC   |                          |
| AH   | PM352                         | Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3520.01                 | Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile  |                          |
| AH   | PM369                         | Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile                               | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3690.01                 | Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile                                    |                          |
| AH   | PM384                         | Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche   | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3840.01                 | Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche  |                          |
| AH   | PM395                         | Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3950.01                 | Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni   |                          |
| AH   | PM396                         | Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni  | -        | 26          | Altre           |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PM3960.01                 | Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni   |                          |
| AH   | PM399                         | Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC  |          |             |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                           |   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1 | DESCRIZIONE BRANCA 1             | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| A    | PR2                           | MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE E INFERIORE DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE   | 202,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR002.003                 | MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE DX DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE          |                          |
| A    | PR2                           | MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE E INFERIORE DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE   | 202,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR002.004                 | MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE SX DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE          |                          |
| A    | PR3                           | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE  | 195,10  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR003.001                 | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, ARTO INFERIORE DX                                      |                          |
| A    | PR3                           | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE  | 195,10  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR003.002                 | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, ARTO INFERIORE SX                                      |                          |
| A    | PR3                           | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE  | 195,10  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR003.003                 | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, ARTO SUPERIORE DX                                      |                          |
| A    | PR3                           | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE  | 195,10  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR003.004                 | MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, ARTO SUPERIORE SX                                      |                          |
| A    | PR7                           | LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR007.001                 | LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI) DESTRA                |                          |
| A    | PR7                           | LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR007.002                 | LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI) SINISTRA              |                          |
| A    | PR8                           | TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) - esiti funzionali  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR008.001                 | TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - esiti funzionali DX                              |                          |
| A    | PR8                           | TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) - esiti funzionali  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR008.002                 | TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - esiti funzionali SX                              |                          |
| A    | PR9                           | TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) esiti funzionali                                      | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR009.001                 | TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - esiti funzionali DX              |                          |
| A    | PR9                           | TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) esiti funzionali                                      | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR009.002                 | TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - esiti funzionali SX              |                          |
| A    | PR10                          | FRATTURA COLLO FEMORE E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (IN SOGGETTO < 65 ANNI) - esiti funzionali   | 228,20  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR010.001                 | FRATTURA COLLO E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (< 65 ANNI) - esiti funzionali DX     |                          |
| A    | PR10                          | FRATTURA COLLO FEMORE E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (IN SOGGETTO < 65 ANNI) - esiti funzionali   | 228,20  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR010.002                 | FRATTURA COLLO E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (< 65 ANNI) - esiti funzionali SX     |                          |
| A    | PR14                          | DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (TRATTAMENTO POST CHIRURGICO)  | 215,80  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR014.001                 | DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (POST CHIRURGICO) DX |                          |
| A    | PR14                          | DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (TRATTAMENTO POST CHIRURGICO)  | 215,80  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR014.002                 | DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (POST CHIRURGICO) SX |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.001                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELLA CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali) DX                                 |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.002                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELLA CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali) SX                                 |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.003                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELLA GAMBIA, (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.004                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELLA GAMBIA, (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.005                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - (esiti funzionali) DX                               |                          |
| A    | PR15                          | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBIA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)  | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR015.006                 | TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - (esiti funzionali) SX                               |                          |
| A    | PR16                          | TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBIA (esiti funzionali)  | 215,80  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR016.001                 | TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBIA (esiti funzionali) DX                                 |                          |
| A    | PR16                          | TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBIA (esiti funzionali)  | 215,80  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR016.002                 | TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBIA (esiti funzionali) SX                                 |                          |
| A    | PR17                          | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE   | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR017.001                 | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE DISTRETTO CERVICALE |                          |
| A    | PR17                          | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE   | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR017.002                 | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE DISTRETTO DORSALE   |                          |
| A    | PR17                          | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE   | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR017.003                 | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE DISTRETTO LOMBARE   |                          |
| A    | PR17                          | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE   | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR017.004                 | FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE DISTRETTO SACRALE   |                          |
| A    | PR18                          | FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali)  | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR018.001                 | FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR18                          | FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali)  | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR018.002                 | FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR19                          | LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali)   | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR019.001                 | LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR19                          | LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali)   | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR019.002                 | LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR20                          | DISTORSIONE DEL RACHIDE, DELLA REGIONE SACROLUACA E DI ALTRE PARTI NON SPECIFICATE DEL DORSO (esiti funzionali)   | 221,30  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR020.001                 | DISTORSIONE RACHIDE, REGIONE SACROLUACA E ALTRE PARTI NON SPECIFICATE DEL DORSO (esiti funzionali)  |                          |
| A    | PR21                          | DISTURBI DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE CERVICALE O LOMBARE) Solo in presenza di limitazione algofunzionale   | 255,40  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR021.001                 | DISTURBI PLESSI E RADICI NERVOSE (STENOSI CANALE VERT. CERVICALE) con limitaz. Algofunzionale       |                          |
| A    | PR21                          | DISTURBI DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE CERVICALE O LOMBARE) Solo in presenza di limitazione algofunzionale   | 255,40  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR021.002                 | DISTURBI PLESSI E RADICI NERVOSE (STENOSI CANALE VERT. LOMBARE) con limitaz. Algofunzionale         |                          |
| A    | PR22                          | COMPRESSE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATGALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente) | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR022.001                 | COMPRESSE PLESSI E RADICI NERVOSE (CON S.BRACHIALGICA DX) con limitaz algofunzionale persistente    |                          |
| A    | PR22                          | COMPRESSE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATGALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente) | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR022.002                 | COMPRESSE PLESSI E RADICI NERVOSE (CON S.BRACHIALGICA SX) con limitaz algofunzionale persistente    |                          |
| A    | PR22                          | COMPRESSE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATGALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente) | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR022.003                 | COMPRESSE PLESSI E RADICI NERVOSE (CON S.SCIATGALGICA DX) con limitaz algofunzionale persistente    |                          |
| A    | PR22                          | COMPRESSE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATGALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente) | 152,90  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR022.004                 | COMPRESSE PLESSI E RADICI NERVOSE (CON S.SCIATGALGICA SX) con limitaz algofunzionale persistente    |                          |
| A    | PR23                          | LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE DA MAL DI SCHIENA ACUTO/POSTACUTO PERSISTENTE (2-3 SETTIMANE) E O RECIDIVANTE  | 255,40  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR023.001                 | LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE DA MAL DI SCHIENA ACUTO/POSTACUTO PERSISTENTE E O RECIDIVANTE            |                          |
| A    | PR24                          | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR024.001                 | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE) ARTO INFERIORE DX                     |                          |
| A    | PR24                          | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR024.002                 | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE) ARTO INFERIORE SX                     |                          |
| A    | PR24                          | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR024.003                 | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE) ARTO SUPERIORE DX                     |                          |
| A    | PR24                          | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)   | 214,50  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR024.004                 | ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE) ARTO SUPERIORE SX                     |                          |
| A    | PR27                          | TRAUMA DA PARTO DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO SENZA LESIONE COMPLESSA DEL TRONCO NERVOSO (PARALISI OSTERITICA)   | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR027.001                 | TRAUMA DA PARTO DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO SENZA LESIONE COMPLESSA (PARALISI OSTERITICA)        |                          |
| A    | PR28                          | DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA)  | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR028.001                 | DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA) DESTRA       |                          |
| A    | PR28                          | DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA)  | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR028.002                 | DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA) SINISTRA     |                          |
| A    | PR29                          | DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO)  | 231,60  |             | 12              | Medicina fisica e riabilitazione |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR029.001                 | DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO) DX   |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE   | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE   | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|--|---------|-------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| A    | PR29                          | DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR029.002                 | DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO) SX  |                          |
| A    | PR30                          | TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO DEL NEONATO   | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR030.001                 | TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO DEL NEONATO   |                          |
| A    | PR37                          | ATTIVITA' MOTORIA per esiti stabilizzati da patologie croniche (tariffa per 1 pacchetto di 20 accessi) | 60,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR037.001                 | ATTIVITA' MOTORIA per esiti stabilizzati da patologie croniche (1 pacchetto di 20 accessi)         |                          |
| A    | PR4A                          | FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04A.001                 | FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali) DESTRA   |                          |
| A    | PR4A                          | FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04A.002                 | FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali) SINISTRA   |                          |
| A    | PR4B                          | FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04B.001                 | FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali) DESTRA   |                          |
| A    | PR4B                          | FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04B.002                 | FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali) SINISTRA   |                          |
| A    | PR4C                          | FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04C.001                 | FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali) DX                                      |                          |
| A    | PR4C                          | FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04C.002                 | FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali) SX                                      |                          |
| A    | PR4D                          | FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04D.001                 | FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR4D                          | FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04D.002                 | FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR4E                          | FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04E.001                 | FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR4E                          | FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04E.002                 | FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR4F                          | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04F.001                 | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali) DX                                    |                          |
| A    | PR4F                          | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR04F.002                 | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali) SX                                    |                          |
| A    | PR5A                          | LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05A.001                 | LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali) DESTRA  |                          |
| A    | PR5A                          | LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05A.002                 | LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali) SINISTRA  |                          |
| A    | PR5B                          | LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05B.001                 | LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR5B                          | LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali)   | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05B.002                 | LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR5C                          | LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05C.001                 | LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR5C                          | LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05C.002                 | LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR5D                          | LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05D.001                 | LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali) DESTRA   |                          |
| A    | PR5D                          | LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR05D.002                 | LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali) SINISTRA                                       |                          |
| A    | PR6A                          | DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali)        | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06A.001                 | DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali) DX |                          |
| A    | PR6A                          | DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali)        | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06A.002                 | DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali) SX |                          |
| A    | PR6B                          | DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO ( esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06B.001                 | DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO ( esiti funzionali) DX                                   |                          |
| A    | PR6B                          | DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO ( esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06B.002                 | DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO ( esiti funzionali) SX                                   |                          |
| A    | PR6C                          | DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06C.001                 | DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR6C                          | DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali)  | 231,60  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR06C.002                 | DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR11A                         | FRATTURA DELLA ROTULA  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11A.001                 | FRATTURA DELLA ROTULA DX   |                          |
| A    | PR11A                         | FRATTURA DELLA ROTULA  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11A.002                 | FRATTURA DELLA ROTULA SX   |                          |
| A    | PR11B                         | FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11B.001                 | FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE DX   |                          |
| A    | PR11B                         | FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11B.002                 | FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE SX   |                          |
| A    | PR11C                         | FRATTURA DELLA CAVIGLIA  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11C.001                 | FRATTURA DELLA CAVIGLIA DX   |                          |
| A    | PR11C                         | FRATTURA DELLA CAVIGLIA  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11C.002                 | FRATTURA DELLA CAVIGLIA SX   |                          |
| A    | PR11D                         | FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11D.001                 | FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO DX   |                          |
| A    | PR11D                         | FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11D.002                 | FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO SX   |                          |
| A    | PR11E                         | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11E.001                 | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE DX  |                          |
| A    | PR11E                         | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR11E.002                 | FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE SX  |                          |
| A    | PR12A                         | LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali)   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12A.001                 | LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR12A                         | LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali)   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12A.002                 | LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR12B                         | LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali)   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12B.001                 | LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali) DX  |                          |
| A    | PR12B                         | LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali)   | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12B.002                 | LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali) SX  |                          |
| A    | PR12C                         | LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali)  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12C.001                 | LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR12C                         | LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali)  | 228,20  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR12C.002                 | LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR13A                         | DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali)  | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13A.001                 | DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali) DX   |                          |
| A    | PR13A                         | DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali)  | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13A.002                 | DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali) SX   |                          |
| A    | PR13B                         | DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali)   | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13B.001                 | DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali) DX                                      |                          |
| A    | PR13B                         | DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali)   | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13B.002                 | DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali) SX                                      |                          |
| A    | PR13C                         | DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali)  | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13C.001                 | DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali) DX                                       |                          |
| A    | PR13C                         | DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali)  | 230,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR13C.002                 | DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali) SX                                       |                          |

ALLEGATO 2 - NOMENCLATORE TARIFFARIO E CATALOGO REGIONALE

| NOTE | CODICE NOMENCLATORE REGIONALE | DESCRIZIONE NOMENCLATORE REGIONALE  | TARIFFA | NUMERO NOTA | CODICE BRANCA 1                  | DESCRIZIONE BRANCA 1 | CODICE BRANCA 2 | DESCRIZIONE BRANCA 2 | CODICE BRANCA 3 | DESCRIZIONE BRANCA 3 | CODICE BRANCA 4 | DESCRIZIONE BRANCA 4 | CODICE BRANCA 5 | DESCRIZIONE BRANCA 5 | CODICE CATALOGO REGIONALE | DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE  | INDICAZIONI PRESCRITTIVE |
|------|-------------------------------|---|---------|-------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| A    | PR25A                         | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25A.001                 | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COMPLICANZA DI TRAUMI RECENTI) ARTO INF DX  |                          |
| A    | PR25A                         | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25A.002                 | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COMPLICANZA DI TRAUMI RECENTI) ARTO INF SX  |                          |
| A    | PR25A                         | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25A.003                 | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COMPLICANZA DI TRAUMI RECENTI) ARTO SUP DX  |                          |
| A    | PR25A                         | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25A.004                 | CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COMPLICANZA DI TRAUMI RECENTI) ARTO SUP SX  |                          |
| A    | PR25B                         | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25B.001                 | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE ARTO INFERIORE DX  |                          |
| A    | PR25B                         | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25B.002                 | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE ARTO INFERIORE SX  |                          |
| A    | PR25B                         | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25B.003                 | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE ARTO SUPERIORE DX  |                          |
| A    | PR25B                         | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR25B.004                 | MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE ARTO SUPERIORE SX  |                          |
| A    | PR26A                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO  | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26A.001                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO DX   |                          |
| A    | PR26A                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO  | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26A.002                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO SX   |                          |
| A    | PR26B                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA   | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26B.001                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA DESTRA  |                          |
| A    | PR26B                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA   | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26B.002                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA SINISTRA  |                          |
| A    | PR26C                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA   | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26C.001                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA DESTRA  |                          |
| A    | PR26C                         | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA   | 255,40  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR26C.002                 | ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA SINISTRA  |                          |
| A    | PR31G                         | DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (TERAPIA DI GRUPPO)   | 51,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR31G.001                 | DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (TERAPIA DI GRUPPO)   |                          |
| A    | PR31I                         | DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (TERAPIA INDIVIDUALE) | 51,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR31I.001                 | DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (TERAPIA INDIVIDUALE) |                          |
| A    | PR32I                         | DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI)   | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR32I.001                 | DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI) individuale   |                          |
| A    | PR32G                         | DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI) di gruppo   | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR32G.001                 | DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI) di gruppo   |                          |
| A    | PR33G                         | DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)  | 51,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR33G.001                 | DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) (terapia di gruppo costituito)   |                          |
| A    | PR33I                         | DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) terapia individuale  | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR33I.001                 | DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) terapia individuale  |                          |
| A    | PR34G                         | DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (terapia di gruppo)   | 51,00   | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR34G.001                 | DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (terapia di gruppo)   |                          |
| A    | PR34I                         | DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA terapia individuale   | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR34I.001                 | DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA terapia individuale   |                          |
| A    | PR35A                         | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE) (costo per n. 5 accessi di 60 min.)                                       | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35A.001                 | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INF DX (per n. 5 accessi di 60 min.)   |                          |
| A    | PR35A                         | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE) (costo per n. 5 accessi di 60 min.)                                       | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35A.002                 | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE (costo per n. 5 accessi di 60 min.)  |                          |
| A    | PR35A                         | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE) (costo per n. 5 accessi di 60 min.)                                       | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35A.003                 | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE (costo per n. 5 accessi di 60 min.) DX   |                          |
| A    | PR35A                         | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE) (costo per n. 5 accessi di 60 min.)                                       | 152,90  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35A.004                 | LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE (costo per n. 5 accessi di 60 min.) SX   |                          |
| A    | PR35B                         | INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE  | 162,30  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35B.001                 | INCONTINENZA FECALE   |                          |
| A    | PR35B                         | INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE  | 162,30  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35B.002                 | INCONTINENZA URINARIA E FECALE  |                          |
| A    | PR35B                         | INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE  | 162,30  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR35B.003                 | INCONTINENZA URINARIA   |                          |
| A    | PR36A                         | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36A.001                 | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE DX   |                          |
| A    | PR36A                         | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36A.002                 | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE SX   |                          |
| A    | PR36A                         | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36A.003                 | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE DX   |                          |
| A    | PR36A                         | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36A.004                 | DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE SX   |                          |
| A    | PR36B                         | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36B.001                 | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE DX   |                          |
| A    | PR36B                         | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36B.002                 | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE SX   |                          |
| A    | PR36B                         | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36B.003                 | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE DX   |                          |
| A    | PR36B                         | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE   | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36B.004                 | BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE SX   |                          |
| A    | PR36C                         | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE  | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36C.001                 | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE DX  |                          |
| A    | PR36C                         | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE  | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36C.002                 | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO INFERIORE SX  |                          |
| A    | PR36C                         | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE  | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36C.003                 | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE DX  |                          |
| A    | PR36C                         | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE  | 195,10  | 12          | Medicina fisica e riabilitazione |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      |                 |                      | PR36C.004                 | ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE ARTO SUPERIORE SX  |                          |

ALLEGATO 2 – LEGENDA BRANCHE MINISTERIALI

| <b>CODICE <i>Branca</i></b> | <b>DESCRIZIONE <i>Branca</i></b>    |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 01                          | Anestesia/Analgesia                 |
| 02                          | Cardiologia                         |
| 03                          | Chirurgia generale                  |
| 04                          | Chirurgia plastica                  |
| 05                          | Chirurgia vascolare                 |
| 06                          | Dermatologia/Allergologia           |
| 07                          | Medicina nucleare                   |
| 08                          | Diagnostica per immagini            |
| 09                          | Endocrinologia                      |
| 10                          | Gastroenterologia                   |
| 11                          | Laboratorio                         |
| 12                          | Medicina fisica e riabilitazione    |
| 13                          | Nefrologia                          |
| 14                          | Neurochirurgia                      |
| 15                          | Neurologia                          |
| 16                          | Oculistica                          |
| 17                          | Odontostomatologia                  |
| 18                          | Oncologia                           |
| 19                          | Ortopedia                           |
| 20                          | Ostetricia e ginecologia            |
| 21                          | Otorinolaringoiatria                |
| 22                          | Pneumologia                         |
| 23                          | Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia |
| 24                          | Radioterapia                        |
| 25                          | Urologia                            |
| 26                          | Altre                               |



| LEGENDA  |
|--|
| <b>[ ]</b> : La parentesi quadra include sinonimi, termini esplicativi o specifici contenuti della prestazione.  |
| <b>( )</b> : La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice.  |
| <b>Escluso</b> : indica che le procedure che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.   |
| <b>Incluso</b> : raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice.   |
| <b>Codificare anche</b> : segnala che l'eventuale utilizzo di ulteriori prestazioni rispetto alla prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.   |
| <b>Non associabile a</b> : segnala le prestazioni identificate con diverso codice del nomenclatore che non possono essere prescritte ed erogate contemporaneamente a quella prestazione.   |
| <b>H</b> : indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori situati presso strutture di ricovero.  |
| <b>R</b> : indica che la prestazione può essere erogata solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione.  |
| <b>MR</b> : per le prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale.  |
| <b>A</b> : prestazioni codificate a livello regionale.   |
| <b>Branche specialistiche</b> : l'elencazione delle prestazioni per branche specialistiche non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione, ma ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la partecipazione al costo da parte dei cittadini. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.   |
| <b>Visita di controllo</b> : nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.  |
| <b>Visita a completamento della prima</b> : nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.   |
| <b>Visita multidisciplinare</b> : nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.   |
| <b>Prima visita</b> : nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.  |
| <b>Medicazioni avanzate di ferita complicata</b> : la struttura sanitaria che effettua la prestazione è tenuta a conservare la documentazione fotografica della lesione.   |
| <b>Disabilità complesse</b> : disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica.  |
| <b>Condizioni di erogabilità</b> : definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni - al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico. Per la PMA, sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli.  |
| <b>Indicazioni di appropriatezza prescrittiva</b> : definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni - al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, <i>fermo restando l'obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico</i> .  |
| <b>Sospetto oncologico</b> : per la definizione del sospetto oncologico devono essere considerati i seguenti fattori: 1) anamnesi positiva per tumori; 2) perdita di peso; 3) assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane; 4) età sopra 50 e sotto 18 anni; 5) dolore ingravescente, continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Tali fattori non esauriscono l'insieme degli elementi clinico-anamnestici e dell'esito di eventuali indagini pregresse che il prescrittore dovrà opportunamente valutare.  |
| <b>Medicina fisica e riabilitazione</b> : le prestazioni di "valutazione funzionale" e "rieducazione" sono riferite alle "funzioni" ed alle "attività" identificate secondo il sistema di Classificazione Internazionale del Funzionamento Disabilità e Salute (ICF):<br><br>In particolare, secondo tale criterio, le prestazioni di rieducazione sono individuate come:<br>- rieducazione motoria relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento;<br>- rieducazione motoria cardio-respiratoria relativa alle funzioni dell'apparato cardiovascolare, immunologico e respiratorio;<br>- rieducazione del linguaggio relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio;<br>- rieducazione della disfagia relativa alle funzioni dell'apparato digerente;<br>- rieducazione del pavimento pelvico relativa alle funzioni genito-urinarie, incontinenza urinaria;<br>- rieducazione delle funzioni mentali globali;<br>- rieducazione delle funzioni mentali specifiche;<br>- rieducazione all'autonomia nelle attività della vita quotidiana.<br><br>In tale nuovo sistema di classificazione, per la prescrizione della Riabilitazione oncologica, il sanitario dovrà identificare e codificare la prestazione di rieducazione della specifica funzione lesa, in relazione alla natura ed alla localizzazione del tumore, alle sue caratteristiche evolutive e all'impatto della malattia sull'inserimento sociale del paziente. |