



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE DEL VENETO

Venezia, giovedì 29 ottobre 2026

Anno LVII - N. 148

PARTE SECONDA

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 1241 del 27 ottobre 2026

Presa d'atto del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza". Primi adempimenti.

[Sanità e servizi sociali]

1

Direzione - Redazione

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900

Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: uff.bur@regione.veneto.it

Direttore Responsabile Dott. Lorenzo Traina

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE, DELIBERAZIONI

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

(Codice interno: 595159)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1241 del 27 ottobre 2026

Presa d'atto del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza". Primi adempimenti.

[Sanità e servizi sociali]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si prende atto del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 di modifica e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e si forniscono i primi adempimenti per l'attuazione nel territorio regionale.

L'Assessore Gino Gerosa riferisce quanto segue.

L'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 dispone una disciplina differenziata in relazione all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quali prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Nello specifico, le procedure per l'aggiornamento varia in base all'impatto finanziario delle modifiche introdotte e avviene alternativamente:

- con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, quando l'aggiornamento comporta nuovi costi a carico della finanza pubblica (comma 554);
- con Decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, quando l'aggiornamento attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica (comma 559).

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (pubblicato nel Supplemento n. 15 della Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017) sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e/o la compartecipazione dell'assistito alla spesa, mediante l'erogazione delle stesse da parte di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private accreditate.

Nell'Allegato 4 al citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sono state individuate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale garantite dal SSN e per ciascuna di esse sono stati definiti: il codice identificativo, la definizione, le eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, le eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva.

L'art. 64, comma 2 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ha peraltro stabilito di rinviare l'entrata in vigore del Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4 del medesimo Decreto alla «data di pubblicazione del decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni».

Con DGR n. 1251 del 29 ottobre 2024 la Regione del Veneto ha recepito il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, stabilendo l'applicabilità da parte degli Enti del Servizio Sanitario regionale del Nomenclatore nazionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con Decreto del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze in data 25 novembre 2024 sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Conseguentemente, con DGR n. 581 del 29 maggio 2025 è stato approvato il Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione del Veneto.

Il citato D.M. 25 novembre 2024 è stato, tuttavia, oggetto di plurime impugnazioni giurisdizionali da parte delle strutture sanitarie private accreditate volte a dichiararne l'annullamento.

Il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, pronunciandosi su uno di tali ricorsi, con Sentenza n. 16399 pubblicata il 22 settembre 2025 ha disposto l'annullamento del D.M. 25 novembre 2024 per difetto di istruttoria, con efficacia differita di 365 giorni dalla data del deposito della sentenza, per consentire al Ministero della salute di rinnovare l'istruttoria secondo i criteri individuati nella pronuncia medesima.

Il Ministero della salute, in ottemperanza alla Sentenza del TAR Lazio n. 16399/2025 ha avviato una nuova istruttoria per la determinazione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, volta a garantire la coerenza delle nuove tariffe con i principi di efficienza, appropriatezza e sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

Al termine dell'istruttoria, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha emanato il Decreto 7 agosto 2026 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 218 del 19 settembre 2026) che ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, poi recepito dalla Regione del Veneto con DGR n. 1025 del 21 settembre 2026.

La citata DGR n. 1025/2026 ha stabilito il mantenimento del Nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale in vigore e rinvenibile nella DGR n. 581 del 29 maggio 2025, fino al giorno 31 dicembre 2026 compreso, al fine di consentire le opportune valutazioni di impatto sul SSR del Decreto Ministeriale 7 agosto 2026, di elaborare una nuova proposta di tariffario regionale e di avviare gli adeguamenti tecnici conseguenti dei sistemi informatici.

Nel frattempo, già successivamente all'approvazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, ancorché in attesa dell'emanazione del Decreto ministeriale recante le tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel SSN ha provveduto ad istruire le proposte di aggiornamento dei LEA formulate dalle Regioni e Province autonome.

In particolare, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel SSN ha provveduto ad istruire le proposte di aggiornamento dei LEA formulate dalle Regioni e Province autonome nonché a valutare le modifiche agli elenchi delle prestazioni erogabili dal SSN e quelle relative all'individuazione di misure volte a incrementare l'appropriatezza della loro erogazione, senza oneri a carico della finanza pubblica come previsto dall'art. 1, comma 559 della Legge n. 208/2015.

In tale occasione, sono stati anche corretti i refusi contenuti nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017, eliminate le prestazioni obsolete, inserite le modifiche nelle definizioni, inseriti nuovi codici, modificate alcune indicazioni di appropriatezza ed altre attività di revisione utili a una maggiore razionalizzazione prescrittiva.

Tale attività si è conclusa con l'adozione del Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 3 agosto 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026 con il quale, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano reso nella seduta del 23 ottobre 2025 (Rep. atti n. 184/CSR), è stato approvato il primo aggiornamento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In relazione, invece, alle proposte di aggiornamento dei LEA con oneri a carico della finanza pubblica, si rappresenta che queste sono state approvate con l'Intesa acquisita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 ottobre 2025 (Rep. atti n. 176/CSR), che ha approvato lo schema di D.P.C.M. di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Su tale schema di D.P.C.M. sono stati espressi i pareri favorevoli delle Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, ai sensi dell'art. 1, comma 554 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208.

Al termine dell'iter istruttorio è stato approvato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026, riportante le modifiche e integrazioni al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 con ulteriori oneri a carico della finanza pubblica quantificati in 149,5 milioni di euro annui.

Le modifiche e le integrazioni ai LEA apportate sia dal Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 sia dal D.P.C.M. 7 agosto 2026 entrano in vigore il trentesimo giorno successivo alla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, ossia il 30 ottobre 2026.

A decorrere da tale data le prestazioni diventeranno LEA e le Regioni sono tenute a garantirle su tutto il territorio, rendendo necessario l'aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale (NTR) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con il presente provvedimento, pertanto, si propone di dare attuazione:

- al Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza", che ha apportato aggiornamenti concernenti la modifica nella descrizione delle prestazioni, correzioni di refusi nonché rivisto le condizioni di prescrizioni di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" che ha allargato il perimetro dell'assistenza.

Si rende inoltre necessario recepire le modifiche apportate all'Allegato 4 denominato «Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale» e all'Allegato 4D denominato «Elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni di appropriatezza prescrittiva» del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

In considerazione dei sopracitati provvedimenti statali, la Direzione Programmazione sanitaria ha provveduto ad aggiornare conseguentemente il Nomenclatore tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale, come riportato nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Gli effetti del Nomenclatore tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'**Allegato A** al presente provvedimento decorrono a partire dal 30 ottobre 2026, data dalla quale il medesimo sostituisce il Nomenclatore di cui alla DGR n. 581/2025.

Alla luce dell'aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale disposto con il presente provvedimento, si ritiene altresì superata la previsione della DGR n. 1025 del 21 settembre 2026 che aveva previsto il mantenimento della validità del Nomenclatore tariffario regionale fino al 31 dicembre 2026, stabilendo un percorso di successiva definizione delle tariffe regionali per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda le tariffe delle sole prestazioni interessate dall'aggiornamento, si precisa che le stesse sono state definite a livello nazionale sulla base della metodologia illustrata nelle relazioni tecniche al Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 e al D.P.C.M. 7 agosto 2026, secondo il percorso metodologico approvato dalla Commissione permanente tariffe nella seduta plenaria del 15 gennaio 2025, pubblicate nel sito del Ministero della Salute.

Conseguentemente, considerato che la definizione e l'approvazione delle tariffe ministeriali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale richiede una complessa valutazione di impatto sul SSR, si propone quindi di rinviare a un nuovo e ulteriore provvedimento della Giunta regionale l'approvazione di quelle che saranno le nuove tariffe regionali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con riferimento invece alle tariffe delle prestazioni di assistenza protesica relative alle protesi, ortesi e agli ausili costruiti su misura erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale (SSR), continua a trovare applicazione quanto disposto dalla DGR n. 1026 del 21 settembre 2026, fino al completamento della necessaria fase istruttoria da parte della struttura competente.

Si propone inoltre di incaricare l'Area Sanità e Sociale, avvalendosi del supporto di Azienda Zero e con il coinvolgimento dell'Osservatorio regionale permanente delle prestazioni di assistenza specialistica, di integrare le valutazioni di impatto dei nuovi LEA nell'ambito dell'analisi già avviata come stabilito dalla DGR n. 1025/2026 sul costo delle prestazioni, al fine di predisporre in tempi congrui l'aggiornamento delle tariffe regionali.

Per quanto attiene alla branca di Radioterapia, stante la peculiarità delle prestazioni e la necessità di garantire la continuità assistenziale dei trattamenti già avviati, il Ministero della Salute ha avviato una serie di interlocuzioni con le Regioni e le Province autonome al fine di concordare le nuove modalità di prescrizione, di rendicontazione e di monitoraggio dei pacchetti di radioterapia.

Nel frattempo, il Ministero della Salute ha condiviso con le Regioni e le Province autonome, per il tramite della Commissione Salute, i verbali delle riunioni del 15 e 16 ottobre 2026 nei quali sono state fornite indicazioni tecniche per garantire l'erogazione delle prestazioni radioterapiche in questa prima fase.

Per quanto attiene all'assistenza termale, si prende atto di quanto stabilito nell'Allegato F del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" e si propone il relativo adeguamento dei sistemi informativi regionali e aziendali, senza soluzione di continuità per l'ambito assistenziale.

Al fine di garantire l'operatività delle citate disposizioni statali, la Direzione Programmazione sanitaria ha disposto l'aggiornamento dei sistemi informativi delle Aziende ed Enti del SSR, per il corretto addebito delle prestazioni agli assistiti

tenuti alla corresponsione del ticket o al riconoscimento dell'esenzione. Infatti, con particolare riferimento ai nuovi codici di esenzione e all'aggiornamento delle prestazioni garantite ai titolari delle esenzioni, trovano applicazione le disposizioni contenute nel D.M. 3 agosto 2026 e nel D.P.C.M. 7 agosto 2026 che entrano in vigore a partire dal 30 ottobre 2026.

Alla luce della complessità degli adeguamenti informatici richiesti alle Aziende ed Enti del SSR, si incarica Azienda Zero di fornire adeguato supporto tecnico - informatico per l'aggiornamento delle attività di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni e di coordinare i relativi adeguamenti.

Gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura a valere sulle risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard vincolate per consentire l'aggiornamento dei LEA.

Si incarica, inoltre, la Direzione Programmazione sanitaria dell'esecuzione del presente provvedimento, inclusa la trasmissione alle Aziende ed Enti del SSR.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza che individuano le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve erogare gratuitamente o dietro pagamento del ticket da parte dell'assistito)";

VISTO il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 25 novembre 2024;

VISTA la Sentenza del TAR Lazio n. 16399 pubblicata il 22 settembre 2025;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 7 agosto 2026;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza";

VISTA la DGR n. 1251 del 29 ottobre 2024;

VISTA la DGR n. 1025 del 21 settembre 2026;

VISTO l'art. 2, comma 2 della Legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto, per le motivazioni di cui alle premesse, del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza", pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026, con cui sono stati modificati e integrati i LEA nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
3. di prendere atto che il Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026 "Modifiche e integrazioni al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" entreranno in vigore il 30 ottobre 2026;

4. di dare attuazione ai provvedimenti di cui al punto 2 mediante l'approvazione del Nomenclatore tariffario regionale, che costituisce l'**Allegato A** al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso nel quale sono state aggiornate e integrate, in particolare, le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4 denominato «Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale» e all'Allegato 4D denominato «Elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni di appropriatezza prescrittiva» al D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
5. di stabilire che il Nomenclatore tariffario regionale, che costituisce l'**Allegato A** al presente provvedimento, entra in vigore a partire dal 30 ottobre 2026, in conformità a quanto disposto con il Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026;
6. di stabilire che, in considerazione dell'approvazione del Nomenclatore tariffario regionale di cui all'**Allegato A** del presente provvedimento, è da intendersi superata la previsione della DGR n. 1025 del 21 settembre 2026 relativa al termine del 31 dicembre 2026 per l'entrata in vigore della nuova proposta di tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale, la cui approvazione è rinviata ad un nuovo ed ulteriore provvedimento della Giunta regionale;
7. di prendere atto delle interlocuzioni tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome per concordare le nuove modalità di prescrizione, di rendicontazione e di monitoraggio dei pacchetti di radioterapia per cui, in attesa della definizione di tali interlocuzioni, il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni e Province autonome le indicazioni tecniche per garantire l'erogazione delle prestazioni radioterapiche;
8. di prendere atto di quanto stabilito nell'Allegato F del Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026 "Primo aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza" per l'ambito dell'assistenza termale, disponendo l'adeguamento dei sistemi informativi regionali e aziendali, senza soluzione di continuità per l'ambito assistenziale;
9. di stabilire che i nuovi codici di esenzione e l'aggiornamento delle prestazioni garantite ai titolari delle esenzioni trovano applicazione nella Regione del Veneto come disposto dal D.M. 3 agosto 2026 e dal D.P.C.M. 7 agosto 2026 a decorrere dal 30 ottobre 2026;
10. di stabilire che con riferimento invece alle tariffe delle prestazioni di assistenza protesica relative alle protesi, ortesi e agli ausili costruiti su misura erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale (SSR), continua a trovare applicazione quanto disposto dalla DGR n. 1026 del 21 settembre 2026 fino al completamento della necessaria fase istruttoria da parte della struttura competente;
11. di incaricare Azienda Zero, in ragione della complessità delle attività da svolgere, di fornire adeguato supporto tecnico - informatico per l'aggiornamento di tutti i sistemi informatici (prescrizione, prenotazione ed erogazione) e di coordinare i relativi adeguamenti;
12. di incaricare l'Area Sanità e Sociale, avvalendosi del supporto di Azienda Zero e con il coinvolgimento dell'Osservatorio regionale permanente delle prestazioni di assistenza specialistica, di integrare le valutazioni di impatto dei nuovi LEA nell'ambito dell'analisi già avviata come stabilito dalla DGR n. 1025/2026 sul costo delle prestazioni, al fine di predisporre in tempi congrui l'aggiornamento delle tariffe regionali;
13. di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura a valere sulle risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard vincolate per consentire l'aggiornamento dei LEA;
14. di incaricare la Direzione Programmazione sanitaria dell'esecuzione del presente provvedimento, inclusa la trasmissione alle Aziende ed Enti del SSR;
15. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.



CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
02.39.1	PUNTURA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE	14	A		187,5
02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C	15	A		23
02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO	15	A	H	38,8
03.31	RACHICENTESI	14,15	A	H	187,5
03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali. Incluso farmaco	15,18	A	H	52,4
03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE	01	A	H	157,95
03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]	01	A	H	105
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	01,14	A	H	103,25
03.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	01,12,15	A		23
03.96.1	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI	12,01,15,08	A	H	103,25
03.96.2	BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA	01,12,15,08	A	H	103,25
03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE	01,14	A	H	998,25
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)	14,15,19	A	H	57,95
04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	14,08	A		51,6
04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI	14,08	A	H	57,95
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	14,19	A	H	980
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	14,15,19	A	H	1612,65
04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	14,15	A	H	1612,65



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 2 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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	01,15	A	H	51,65
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	12,01,15	A	H	16,75
04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	01,15	A	H	57,95
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	01,14,15	A	H	77,45
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	14,15	A	H	129,5
06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	03,08,09	A		104
06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	03,09	A		104
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	03,08,09	A		108,2
06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	03,08,09	A		107,9
08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	16	A		15,5
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia,Tarsorrafia	16	A		16
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	16	A		17,2
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	16	A		32,15
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	16	A		32,15
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	16	A		32,15
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	16	A		53,9
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	16	A		38,2
08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	16	A	H	1143,25



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 3 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	16	A		47,05
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	16	A		80,8
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	16	A	H	183,7
08.51	CANTOTOMIA	16	A		13,6
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	16	A		48,35
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)	16	A	H	360,95
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	16	A	H	1143,25
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	16	A	H	1143,25
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	16	A		37,35
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	16	A		35,8
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	16	A		81
08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCLARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI	16	A		15
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	16	A		38,35
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	16	A		72,8
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	16	A		41



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 4 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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 naso-lacrimale	16	A		40,9
09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	16	A	H	72,8
09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	16	A		16,45
09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	16	A	H	67,85
09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE	16	A		1032
09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	16	A		38,6
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	16	A		38,6
09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	16	A	H	228,65
09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA	16	A		206
10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	16	A		516
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	16	A		31,25
10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	16	A		31,25
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	16	A		109,05
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	16	A		56,6
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	16	A		11,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 5 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O CULTURA	16	A		78
11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	16	A	H	206
11.31	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	16	A		71,1
11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	16	A		32,1
11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	16	A	H	433
11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	16	A	H	354,65
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	16	A		123
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	16	A		89,8
11.99.4	INTERVENTO SULLA CORNEA CON UTILIZZO TESSUTO PRE TAGLIATO (LENTICOLO FORNITO DA BANCA)	16	C	H,R	2296,6
11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi	16	A		1764
11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE	16	A		40
12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	16	A	H	111,35
12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	16	A	H	111,35
12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	16	A		111,35
12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	16	A		1032



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 6 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	16	A	H	1536,55
12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	16	A		69,6
12.59	TRABECULOPLASTICA	16	A	H	69,6
12.64	TRABECULECTOMIA AB ESTERNO	16	C	H,R	2296,6
12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	16	A		463
12.72	CICLOCRIOTERAPIA	16	A		109,05
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	16	A		108,45
12.79	ALTRI INTERVENTI PER GLAUCOMA	16	C	H,R	1536,55
12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	16	A	H	420
12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	16	A	H	1032
12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	16	A		33,2
12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE	16	A		516
12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	16	A	H	420
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	16	A	H	1225
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	16	A		94,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 7 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico). Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Incluso cristallino	16	A		1225
13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Incluso lenti	16	A	H	1225
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	16	A	H	1225
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	16	A	H	833
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	16	A		64,7
14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA	16	A		516
14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA	16	A	H,R	1516
14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	16	A		115
14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	16	A		61
14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	16	A		1400
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	16	A		70,2
14.34	FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	16	A		56,8
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	16	A		28
14.72	ALTRA RIMOZIONE DEL CORPO VITREO	16	C	H,R	2296,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 8 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
14.73	VITRECTOMIA MECCANICA PER VIA ANTERIORE	16	C	H,R	2296,6
14.74	ALTRA VITRECTOMIA MECCANICA	16	C	H,R	2296,6
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post intervento. Incluse le sostanze	16	A		516
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	16	A		230,3
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	16	A		47,05
16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	16	A		2,55
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare. Incluso farmaco	16	A	H	36,15
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	21	A		13,45
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	21	A		16,15
18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	21	A		215
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia 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	21	A		15,75
18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	21	A		241
19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	21	A		29,9
20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio	21	A		23



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 9 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	21	A		21,5
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	21	A		54,2
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	21	A		25,85
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	21	A		9,05
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Poltizerizzazione	21	A		14,25
20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA	21	A		22
20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	21	A		22
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	21	A		14
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	21	A	H	26,8
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa	21	A		18,6
21.22	BIOPSIA DEL NASO	21	A		25,85
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	21	A		25,55
21.69.1	TURBINOPlastica	21	A	H	400
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	21	A		25,15
21.88	SETTOPLASTICA	21	A	H,R	400



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 10 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	21	A		25,55
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica. Non associabile a 22.02	21	A		25,85
22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI	21	A		25,85
22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	21	A		25,85
22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA	21	A	H	19
22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	21	A		22
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	17,21	A		70,4
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	17,21	A		70,4
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	17	A		13,4
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	17	A		19,7
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	17	A		36,4
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	17	A		22,9
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	17	A		42,2
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	17	A		70,4
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	17	A		38,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 11 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte	17	A		34,9
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO IN TERAPIA PROTESICA	17	A		63,1
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	17	A		63,1
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	17	A		18,7
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	17	A		87,8
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	17	A		142,1
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	17	A		89,5
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	17	A		34,1
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	17	A		17,9
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	17	A		12,7
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	17	A		12,7
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	17	A		38,8
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	17	A		63,2
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	17	A		17,6
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	17	A		38,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 12 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
23.72.3	PULPOTOMIA	17	A		45,5
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	17	A		53
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	17	A		32,6
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	17	A		103,7
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	17	A		103,7
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	17	A		34,4
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	17	A		34,4
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE	17	A		25,3
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	17	A		69,1
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)	17	A		34,4
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	17	A		27,8
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	17	A		24,6
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	17	A		60,9
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	17	A		41,8
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	17	A		135,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 13 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	17	A		135,2
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	17	A		29,5
24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	17	A		16,5
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	17	A		17,9
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	03,21	A		25,85
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	17	A	H	26,4
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	17	A		19,9
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	17,21	A		27,2
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	17,21	A		104
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	17,21	A		19,4
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)	17	A		57,1
27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	17	A		10,7
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	03,21	A		25,85
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	17,21	A		19



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 14 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	17,21	A		34,4
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	17	A		68,2
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	17	A		19,9
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	17	A		68,2
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	17,21	A		27,5
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	17,21	A		26,2
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	17,21	A		26,2
27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	21	A		10,4
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	21	A	H	62,05
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	21	A	H	62
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	17	A		19,9
28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	21	A		22,95
28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	21	A		23,4
29.12	BIOPSIA FARINGEA	21	A		31,25
29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	21	A		62



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 15 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA	21	A		20,9
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	21	A		104
31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	21	A		22,65
31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	21	A	H	143
31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	21	A	H	354,6
33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	22	A	H	82,6
33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	22	A	H	82,65
33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22	22	A	H	64,95
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	22,08	A	H	164,2
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	22,03,08	A	H	164,2
34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	08	A	H,R	127,1
34.91	TORACENTESI	22,03	A	H	105,9
34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	22,03,08	A	H	164,2
34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	22,03,08	A	H	127,1
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone	18	A	H	61,95



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 16 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	02	A	H	77,45
37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	02	A	H	2122
37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	02	A	H	1050,45
37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	02	A	H	1250,45
37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	02	A	H	1550,45
38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	05	A		35,1
38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	05	A		35,1
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	05	A	H	41,05
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	05,06	A		59,25
38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	05	A	H	27
38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	05	A	H	251
38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	03,05	C	H,R	833
38.59.1	VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Escluse le safene	05	A	H	226,2
38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	05	A	H	360
38.59.3	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03,05	C	H,R	833



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 17 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE	05	A		833
38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	10	A	H	24
38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO.	01	A		40,05
38.94.F	RIMOZIONE DI CVC	26,05	D	H,R	16,75
38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE.	13	A	H	240
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE.	13	A	H,R	280,5
38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	13	A	H	240
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	13	A	H,R	280,5
38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	13	A	H	240
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE	13	A	H,R	280,5
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	13	A	H,R	280,5
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	13	A	H,R	364,65
38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE	01,05,18,08	A	H	280,5
38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO	01,05,18,08	A	H	282
38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA	01,05,18,08	A	H	152,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 18 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	13	A	H,R	1470
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	13	A	H,R	1470
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	13	A	H,R	1470
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	13	A	H,R	980
39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie	05	A		19,6
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni e trattamento del varicocele.	05,08	A		99
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta.	13	A		147,25
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta.	13	A		136
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta.	13	A	H	172,75
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	13	A	H	240
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	A	H	206,55
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta.	13	A	H	240
39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta.	13	A	H	206,55
39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta.	13	A		150
39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA	13	A	H	147,25



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 19 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE.	13	A		20,25
39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO.	13	A		136
39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE.	13	A	H	172,75
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	13	A	H,R	230
39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF	13	A	H,R	184,7
39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	13	A	H,R	230
39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF	13	A	H,R	1000
39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT	13	A	H	195
39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA.	13	A	H	184,35
39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI.	13	A		105
39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI.	13	A		105
39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	13	A	H,R	185
39.99.1	ECOCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTEROVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO	13,08	A	H	17,45
39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	13	A	H,R	500
39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE	13,18,08	A	H,R	500



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 20 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
39.99.5	ECOCOLORDOPPLER DI FISTOLA ARTEROVENOSA	13,05	A	H	34,05
39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	13	A	H	16
40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE	03	A		104
40.11.2	BIOPSIA ESCISSORIALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	03	A		258,2
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	22,03,08	A		108,2
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	22,03,08	A		182,4
40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE	03	A		51
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	03,18,08	A		104
42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	10	A		123,55
42.24.1	BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS	10	A		64,95
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	10	A		81,6
42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	10	A		281,6
42.29.4	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	10	A		130
42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	10	A		194,4
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)	10	A		259,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 21 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	10	A		94
42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	10	A		107
42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	10	A		112,55
42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	10	A		94,1
43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03,10	C	H,R	281,4
43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	10	A		200
43.41.1	POLIPLECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	10	A		193,55
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE 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)	10	A		259,3
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastrroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2).	10	A		64,95
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	10	A	H	556,8
44.19.2	BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	11,10	A		20,1
44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	10	A	H	253,25
44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	10	A		185
44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	10	A	H,R	1470
44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	10	A	H,R	63



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 22 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastrroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastrroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	10	A		64,9
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	10	A		863,75
45.13.2	ENTEROSCOPIA	10	A		88
45.13.3	ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA	10	A		152,95
45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS	10	A		64,95
45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA	10	A		64,95
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	10	A		90,95
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA.	10	A		123,55
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	10	A		172,95
45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	10	A		32,45
45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)	10	A		32,45
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5	10	A		120
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5	10	A		140,5
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	10	A		231,45
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	10	A		147,65



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 23 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	10	A		197,05
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	10	A		47,4
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA.	10	A		123,55
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA.	10	A		138,35
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione.	10	A		64,95
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE	10	A		90,95
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	10	A		64,95
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	10	A		90,95
45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON	10	A	H	556,8
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO	10	A		74,85
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	06,10	A		21,2
45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	06,10	A		21,2
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	10	A	H	253,25
45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	10	A		21,2
45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	10	A		21,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 24 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	10	A		61,05
45.30.1	POLIPLECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS.	10	A		194,4
45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	10	A		259,3
45.42	POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Poliplectomia di uno o più polipi	10	A		117,05
45.42.1	POLIPLECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA.	10	A		147
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	10	A		400
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . 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)	10	A		122,65
46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	10	A		172,65
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2	10	A		31,9
48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA	10	A		112,4
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1	10	A		64,95
48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA	10	A		556,8
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	10	A		58,35
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1)	10	A	H	253,25
49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	03	A		39,75



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 25 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	03	A		39,75
49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	03	A		39,75
49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	03	A		39,75
49.21	ANOSCOPIA	10	A		22,7
49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	03	A		31,25
49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	03	A		47,25
49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	03	A		47,5
49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	03	A		16,5
49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	03	A		47,5
49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	03	A		47,5
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	03	A		47,5
49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	03	A		47,5
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	03	A		45,7
50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	03,08	A	H	108,2
50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	03,08	A	H	189,85
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)	03,08	A	H	112,2
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE 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)	03,08	A	H	195
51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	03	A	H	89
52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	10	A	H	253,25



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 26 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	10	A	H	556,8
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	03	A	H,R	1117,2
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03	A	H,R	1117,2
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03	A	H,R	1117,2
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03	A	H,R	1117,2
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03	A	H,R	1117,2
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	03	A	H,R	1117,2
54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	03,08	A	H	34,85
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	03,08	A		25,85
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	03,08	A	H	112,2
54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	03,08	A	H	189,85
54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	03,08	A		34,85
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	03,08	A	H	155,8
54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE.	03,08	A	H	43,55
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	13	A	H,R	179,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 27 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE.	13	A	H,R	46,2
54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	13	A	H,R	30,8
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)	13,18,08	A	H	61,95
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta.	13	A		54,7
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta.	13	A		46,65
54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta.	13	A		83
54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta.	13	A		55,5
54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE	13	A		52,65
54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD]	13	A		56,65
54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD].	13	A		50
54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE.	13	A	H	59,15
54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	13	A	H,R	35
55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	25,08	A	H	843,5
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	25,08	A	H	68,1
55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	25,08	A		100



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 28 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	25	A	H	510,4
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	25,08	A	H	32,15
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)	25	A		57
57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	25	A		91,2
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	25	A		57,25
57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	25	A		9,45
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	25	A	H	64,95
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	25	A	H	45,55
58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	25	A		34,05
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	25	A		10,45
58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	25	A	H	44,8
59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32)	25	A	H	33,3
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	25,08	A		94,9
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	25,08	A		86,8
61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE. Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	25	C	H,R	18,75



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 29 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	25	A		18,65
62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	25,09	A	H	99
63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	25	A		17,85
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	25	A	H	100,75
63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	25,08	A	H	1274
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	25	A	H	129,1
64.0.C	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	25	C		1043,7
64.11	BIOPSIA DEL PENE	25	A		46,65
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	25,06	A		57,15
64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	25	A		21,25
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	25	A		22,8
65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	20	A	H,R	945
65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	20	A		99
65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.11.1)	20	A	H	99
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	20	A		35,45



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 30 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	20	A		34,55
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1	20	A		43,5
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	20	A	H	44,6
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1	20	A		64,35
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	20	A		64,95
68.16.Z	BIOPSIA DELL' UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE . Sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, esame istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	20	C	H,R	926,1
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	20	A	H	95
69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL' UTERO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, eventuale biopsia con es. istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	20	C	H,R	926,1
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	20	A		12,75
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	11,20	A	H,R	15,5
69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	20	A	H,R	900
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	20	A	H,R	900
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	25,20	A	H,R	99
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	20	A	H,R	450
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	20	A	H,R	196



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 31 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	20	A	H,R	2400
69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	20	A	H,R	900
69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	20	A	H,R	400
69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	20	A	R	95,35
69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	26	A	R	34
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	20	A		11,05
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia	20	A		35,45
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1	06,20	A		35,1
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia	20	A		46,65
71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	20	A	H	28,25
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/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE	06,20	A		23,35
75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	20	A	H	87,85
75.10.2	AMNIOCENTESI	20	A	H	73,9
75.33.1	FUNIColocENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	20	A	H,R	97,1
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	20	A		16,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 32 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	17	A		33,8
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	17	A	H	126,8
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	17	A		27,8
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	17,19	A		30,7
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1	17,19	A		30,7
76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	17	A		16,5
76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	17	A	H	170,4
77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	19,08	A		42,7
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H,R	1612,1
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO	19	A		38,8
78.7	OSTEOCLASIA. Manuale o strumentale	19	C		21,1
79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA.	19	C		55,85
79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	19	C		55,85
79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA. Braccio NAS	19	C		55,85
79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Mano NAS	19	C		55,85



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 33 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	19	C		44,7
79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Piede NAS	19	C		55,85
79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA.	19	C		55,85
79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA.	19	C		39,05
79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA.	19	C		39,05
79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO.	19	C		39,05
79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO.	19	C		39,05
79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.	19	C		39,05
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H,R	1135,6
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	19,08	A		53,8
80.61	ARTROSCOPIA CHIRURGICA	19	C	H,R	1964,9
80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	19	C	H,R	1111,3
81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 34 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1612,65
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	19	A	H	1612,65
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	19	A		31,25
81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	17	A		34,4
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	01,12,18,19,08	A		27,85
81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO	04,19	A	H,R	290
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE	19	A	H	290
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	19	A	H	1111,3
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
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	19	A	H	1111,3
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1268,1
82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1268,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 35 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1437,65
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1437,65
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	19	A	H	1111,3
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	14,15,19	A	H	1111,3
83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	19	A		22,5
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	19	A	H	31,8
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	03,08,19	A		104
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	03,08	A		108,2
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	03,19	A	H	38,15
83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	19	A	H	31
83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	03,19	A		14
83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	03,19	A	H	14
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	03,08,19	A		6,95
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	05,19	A	H,R	1274
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	05,19	A	H,R	1274



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 36 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	05,19	A	H,R	1274
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE.	05,19	A	H	1286,9
85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	03	A		30,85
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	03,08	A		104
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	03,08	A		77,3
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI.	03,08	A		42,2
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA	03,08	A		599,1
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI	03,08	A		680,3
85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	03,08	A		104
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	03,08	A		97
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	03,08	A		128,1
85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	03,08	A		510
85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO	03,08	A		510
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	03	A		32,55
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	03	A		36,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 37 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	03,08	A		92,3
85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	03	A		32,55
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	03	A		32,55
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	03	A		9,15
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	04	A		16,85
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	04	A		9,05
86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	04	A		16,5
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	04	A		31,05
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, fovo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	03,09	A		42,75
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 (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)	03	A		40,05
86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	02	A	H	40,05
86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE	01,03	A	H	280,5
86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA	01	A		4
86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE	01,03,05	A	H	395



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 38 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	03,08	A		104
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	03	A		53,65
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	03,04,06	A		8,4
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	03	A		20,1
86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta	06	A		14,65
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta	06	A		14,75
86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	06	A		23,9
86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	06	A		34
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	04	A		34
86.4A.9	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, biopsia, es. istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	04	C	H,R	931
86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA AL VOLTO	04	D	H,R	30,65
86.59.2	SUTURA ESTETICA FERITA ALTRI DISTRETTI-PICCOLE DIMENSIONE (FINO A 5 CM)	04	D	H,R	9,05
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	03,21	A		12
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	04	A	H	235,2
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	04	A	H	235,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 39 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	04	A	H	235,2
86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	04	A		247,9
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI.	04	A	H	235,2
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	04	A	H	340,25
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	04	A	H	340,25
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	04	A	H	327,8
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	04	A	H	453,65
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato	04	A	H	283,55
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	03,04	A	H	294
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	03	A	H	1419,05
86.86	ONICOPLASTICA. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	04	A		882
86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	04	A		30,95
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	08	A		86,1
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 MCD (87.03.D)	08	A		166
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	08	A		92,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 40 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	08	A		166
87.03.5	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	08	A		86,1
87.03.6	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	08	A		172,1
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	08	A		86,1
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	08	A		166
87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	08	A		147
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03	08	A		86,1
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo) Non associabile a 87.03	08	A		138,5
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo) Non associabile a 87.03	08	A		86,1
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo) Non associabile a 87.03	08	A		172,1
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	08	A		73,1
87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	08	A		92,8
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	08	A		85,2
87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	08	A		32,6
87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	08	A		188,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 41 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	08	A		31,5
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	17,08	A		31,5
87.12.1	TELERRADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	08	A		31,5
87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	17,08	A		31,5
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	08	A		46,3
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	08	A		56,5
87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	08	A		31,5
87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	08	A		32,6
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	08	A		32,6
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	08	A		31,5
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	08	A		31,5
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	08	A		31,5
87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE.	08	A		17,3
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	08	A		31,5
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	08	A		17,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 42 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE.Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	08	A		17,3
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	08	A		34,6
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	08	A		109,7
87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifasico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	08	C		94,95
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	08	A		54,5
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	08	A		44,6
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	08	A		136
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	08	A		231,9
87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	08	A		89,3
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)	08	A		162,7
87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	08	A		162,7
87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	08	A		44,6
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	08	A		31,5
87.43.4	RX DELLO STERNO	08	A		31,5
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	08	A		31,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 43 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	08	A		31,5
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	08	A		56,5
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	08	A		188,2
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)	08	A		147,5
87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	08	A		111,9
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	08	A		147,5
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	08	A		188,2
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	08	A		45,45
87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	08	A		74
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	08	A		188,2
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	08	A		110,2
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	08	A		140,95
87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	08	A		67,95
87.69.3	DEFECOGRAFIA	08	A		74
87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	08	A		109,7



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 44 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	08	A		109,7
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	08	A		113,7
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	08	A		110,2
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	08	A		114,3
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	08	A		110,2
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	08	A		74
87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	08	A		76,7
87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	25,08	A		68
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1	08,20	A		108,45
87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	08,20	A		60,55
87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	08,20	A		46
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	08	A		91,4
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	08	A		177,9
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	08	A		91,4
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	08	A		177,9



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 45 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	08	A		136
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	08	A		271,8
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)	08	A		166,1
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). 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)	08	A		306,5
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)	08	A		295,5
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)	08	A		295,5
88.03.2	FISTOLOGRAFIA	08	A		56,5
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]	08	A		31,5
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	08	A		32,6
88.21.2	RX DELLA SPALLA	08	A		31,5
88.21.3	RX DEL BRACCIO	08	A		31,5
88.22.1	RX DEL GOMITO	08	A		31,5
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	08	A		31,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 46 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.23.1	RX DEL POLSO	08	A		31,5
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	08	A		31,5
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	08	A		31,5
88.26.2	RX DELL'ANCA	08	A		31,5
88.27.1	RX DEL FEMORE	08	A		31,5
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	08	A		31,5
88.27.3	RX DELLA GAMBA	08	A		31,5
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	08	A		31,5
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	08	A		31,5
88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	08	A		31,5
88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO	08	A		26,3
88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	08	A		113,7
88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	08	A	R	31,5
88.32	ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94	08	A	R	82,1
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]	08	A	H	44,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 47 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A	08	A		89,5
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	08	A		170,4
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	08	A		502,5
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	08	A		104,5
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).	08	A		135,4
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 STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	08	A		104,5
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 STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	08	A		172,1
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. 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)	08	A		172,1
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 STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)	08	A		166
88.38.G	TC DELLA SPALLA	08	A		84,6
88.38.H	TC DEL BRACCIO	08	A		84,6
88.38.J	TC DEL GOMITO	08	A		84,6
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO	08	A		84,6
88.38.L	TC DEL POLSO	08	A		94,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 48 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.38.M	TC DELLA MANO	08	A		94,1
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	08	A		94,1
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	08	A		94,1
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	08	A		94,1
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC	08	A		134,2
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC	08	A		134,2
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC	08	A		134,2
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC.	08	A		134,2
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC	08	A		134,2
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC	08	A		134,2
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)	08	A		166
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)	08	A		172,1
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)	08	A		172,1
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	08	A		46,3
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)	08	A		85



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 49 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]	08	A		85
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO	08	A		85
88.39.5	TC DELLA GAMBA	08	A		85
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA	08	A		89,5
88.39.7	TC DEL PIEDE	08	A		89,5
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	08	A		89,5
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	08	A		89,5
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 (88.38.5)	08	A		166
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC.	08	A		135,6
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC	08	A		135,6
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC	08	A		135,6
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC	08	A		135,6
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC	08	A		135,6
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	08	A		166
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	08	A		172,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 50 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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)	08	A		203,8
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)	08	A		203,8
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	08	A		227
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	08	A	H	288,85
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	08	A	H	292,8
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	08	A		195,8
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)	08	A		195,8
88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	08	A		203,1
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)	08	A		195,8
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)	08	A		195,8
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 ADDOMINALE (88.47.1)	08	A		256,8
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)	08	A		256,8
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	08	A	H	299,75
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)	08	A		162,7
88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	08	A	H	299,75



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 51 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	08	A		266,3
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	08	A	H	259,15
88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO SUPERIORE	08	A		246,35
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	08	A	H	246,35
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	08	A		246,35
88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	08	A		256,65
88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	08	A		246,35
88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	08	A		285,05
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	15,08,20	A		32,9
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	15,05,08	A		45,95
88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	15,05,08	A		49,05
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	03,08,09	A		59,3
88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	08	A		33
88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]	08	A		46,95
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)	02,08	A		80



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 52 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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)	02,08	A	H	95
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)	02,08	A	H	85
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	02,08,20	A		47,8
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)	02,08	A	R	74,45
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC	02,08	A	H,R	76,55
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	08,20	A		46,45
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	08,20	A		37,85
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario	22,08	A		46,45
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	02,05,08	A		60
88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anonime	02,05,08	A		48,35
88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA	02,08	A	H	51
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 sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	05,08,10	A		59,3
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Colordoppler se necessario	08,10	A		46
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Colordoppler se necessario	08,10	A		61,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 53 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: Colordoppler se necessario	08,10	A		61,5
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	13,25,08	A		64,4
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	25,08	A		59,3
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	08,10	A		88
88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	05,08	A		64,4
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	05,08	A		72,3
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1	05,08	A		46,6
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1	08	A		62
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	02,05,08,09	A		60
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	02,05,08	A		60
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	02,05,08,09	A		60
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	02,05,08	A		60
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	08,20	A		61
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	08,20	A		151,2
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler 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	08,20	A		61,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 54 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	08,20	A	R	95
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato.	08,20	A	R	61
88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE]	08,20	A		50,1
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA Incluso: studio della traslucenza nucale.	08,20	A	R	61
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	08	A		59,3
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	19,08	A		59,3
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	12,19,08	A		59,3
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	25,08	A		61,5
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1	25,08,09	A		59,3
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	25,08	A		82
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: colordoppler se necessario	03,08	A		46,45
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: colordoppler se necessario	03,08	A		59,3
88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC	08	A	R	53,7
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)	25,08	A		61,95
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	25,05,08	A		46,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 55 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: colordoppler se necessario	08,10	A		43,35
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2	08	A		152,7
88.79.J	MDC ECOGRAFICO IN CORSO DI ESAME DI BASE	08	D		59,3
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)	08,10	A	R	61,5
88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	08	A		28,4
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	08	A		205,75
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	08	A		305,8
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	08	A		228,35
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		148,4
88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	08	A		228,35
88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	08	A		148,4
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	08	A		148,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 56 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	08	A		148,4
88.91.D	RM DELLE ROCCHIE PETROSE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	08	A		148,4
88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	08	A		148,4
88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	08	A		148,4
88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	08	A		215,1
88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	08	A		215,1
88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	08	A		215,1
88.91.K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	08	A		231,15



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 57 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	08	A		231,15
88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. STUDIO MULTIDISTRETTUALE DI DUE O PIU' SEGMENTI. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	08	A		231,15
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	08	A		231,25
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	08	A		281,3
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	08	A		277,45
88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE	08	A		231,25
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Inclusa Anestesia e Visita anestesiológica per pazienti pediatrici o non collaboranti	08	A	H	356,75
88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		166,75
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		346,2
88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	08	A		266,35
88.92.3	CINE RM DEL CUORE	08	A		223,4
88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	08	A		346,2
88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	08	A		335,55



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 58 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.92.8	RM MAMMELLA (Mono e/o bilaterale)	08	D		173,1
88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	08	A		253
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	08	A		327,75
88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	08	A		287,95
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	08	A		143,1
88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	08	A		143,1
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	08	A		143,1
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	08	A		143,1
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. 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 SACROCOCCIGEO (88.93.5)	08	A		286
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	08	A		399,5
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	08	A		281,3
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	08	A		281,3
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	08	A		291,75
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	08	A		562
88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	08	A		223,95



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 59 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.94	ARTRO RM	08	A		156,35
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
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	08	A		143,1
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	08	A		143,1
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	08	A		143,1
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 60 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		291,75
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		281,3
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	08	A		228,35
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	08	A		228,35
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	08	A		353,95



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 61 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	08	A		353,95
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	08	A		196,2
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	08	A		360,8
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	08	A		228,35
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	08	A		196,2
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	08	A		360,8
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	08	A		228,35
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	08	A		353,95
88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	08	A		172,9
88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC	08	A		231,25
88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	08	A		353,95
88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	08	A		228,35
88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	08	A		353,95
88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	08	A		148,4
88.95.E	RM UROGRAFIA	08	A		148,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 62 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
88.95.F	RM FETALE	08	A		318,25
88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	08	A		318,25
88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	08	A		354,25
88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	08	A		228,35
88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	08	A		399,5
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)	08	A		195,9
88.97.A	COLANGIO RM	08	A		148,4
88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base	08	A		266,25
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)	08	A		293,25
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	08	A		54,5
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	08	A		79,7
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	08	A		44,6
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	08	A		44,6
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	08	A		31,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 63 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	26	A		20,6
89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	01	A		20,6
89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	05	A		20,6
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	02	A		31,4
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	03	A		20,6
89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	04	A		20,6
89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	05	A		20,6
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	06	A		20,6
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	09	A		20,6
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	10	A		20,6
89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	07,08	A		20,6
89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	13	A		20,6
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1	14,15	A		20,6
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico	16	A		20,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 64 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3	17	A		20,6
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale verifica all'adesione al trattamento farmacologico e consegna di farmaci chemioterapici orali. Escluso il costo dei farmaci	18	A		20,6
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	19	A		20,6
89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume	21	A		20,6
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	22	A		20,6
89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	08	A		20,6
89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	24	A		20,6
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	25	A		20,6
89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	26	A		20,6
89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	03	A		20,6
89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	12	A		20,6
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	26	A		20,6
89.01.Z	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO	26	C		20,6
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	26	A		15



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 65 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.02.V	CONTROLLO PERIODICO TERAPIA ANTICOAGUL. ORALE (TAO). Per singola seduta	26	C		8,9
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	12,26	A		58,4
89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	26	A		58,4
89.11	TONOMETRIA	16,21	D		15,1
89.12	RINOMANOMETRIA	06,21	A		13,9
89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	06,21	A		120
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	14,15	A		28
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)	15	A		23,2
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	15	A		34,85
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	15	A		34,85
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	15	A		44,9
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	15	A		34,85
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	12,15,21	A		27,8
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	12,15	A		52,75
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	12,15	A		37,7



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 66 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	12,15	A		34,85
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	15	A		55,75
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disordini del movimento Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	15	A		46,45
89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	21	A		92,95
89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	15	A		52,75
89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	22,15	A		139,4
89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO Per studio apnee	22,02,15	A		139
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	15	A		27,85
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	15	A		51,1
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)	12,25	A		12,55
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	20	A		28
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	20	A		20,6
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	20	A		28
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	20	A		20,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 67 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	20	A	H,R	28,6
89.26.9	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO	20	D		14,2
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	10	A		67,1
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	10	A		92,95
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	22,12,06	A		24
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	22,12	A		38
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	22,06	A		37,15
89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE	22,06	A	H	55,75
89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	22,06	A		46,45
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	22	A		23,2
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	22	A		23,2
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	22	A		23,2
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	22	A		46,45
89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	22	A		23,2
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	22	A		69,7



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 68 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	22	A		46,45
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	22	A		23,2
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	22	A		23,2
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	09	A		18,55
89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	21	A		9,2
89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	06	A		18
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO 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	02	A		51
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	02	A		55,75
89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	22,02	A		83,65
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	22,12	A		60,3
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER	02	A		23,2
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	02	A		24,95
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	02	A		61,95
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	02	A		11,6
89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	02	A		22



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 69 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	02	A		77
89.52.3	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO	02	A	H	142
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	02	A		46,45
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	05	A		32
89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	05	A		12,6
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	02,15,09	A		41,3
89.59.2	HEAD UP TILT TEST	02,15	A		52
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	02,09	A		41,3
89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	22	A		57
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	11,22	A		4,85
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	22	A		18,45
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	22	A		18,35
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	22,09	A		18,55
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	22,06	A		9,5
89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	22	A		23,15



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 70 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	05	A		32
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	22,11	A		8,2
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	26	A		28
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	01	A		28
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	05	A		28
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	02	A		42,7
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	03	A		28
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	04	A		28
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	05	A		28
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	06	A		28
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	09	A		28
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	10	A		28
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: 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	26	A		28



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 71 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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	12	A		28
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	07,08	A		28
89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	13	A		28
89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	17	A		28
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	18	A		28
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	19	A		28
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	21	A		28
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	22	A		28
89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	24	A		28
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	25	A		28
89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	24,08	A		28
89.7C.4	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	17	A		28
89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	26	C		28
89.PS.1	VISITA SPECIALISTICA DI PRONTO SOCCORSO	26	C		28
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		13,55



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 72 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.01.5	ACIDI BILIARI	11	A		7,05
90.01.6	3 METIL ISTIDINA	11	A		9,25
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	11	A		16,35
90.02.2	ACIDO CITRICO	11	A		3,95
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	11	A		12,9
90.02.5	ACIDO LATTICO	11	A		6,95
90.03.2	ACIDO PIRUVICO	11	A		1,2
90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	11	A		19,55
90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO [PLASMA]	11	A	MR,R	20,5
90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	19,8
90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO [PLASMA]	11	A	MR,R	21,85
90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	20,5
90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	15,1
90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	11	A	MR,R	13,05
90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	11	A	MR,R	15,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 73 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	11	A	MR,R	15,1
90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	11	A		12,5
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	11	A		7
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	11	A		1,15
90.05.1	ALBUMINA	11	A		1,25
90.05.2	ALDOLASI	11	A		1,05
90.05.3	ALDOSTERONE. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		16,9
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	11	A		3,95
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	11	A		8,55
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	11	A		6,15
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	11	A		8,3
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	11	A		6,15
90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	11	A		1,45
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	11	A		4,25
90.07.1	ALLUMINIO	11	A		9,25



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 74 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A		6,75
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	11	A		12
90.07.5	AMMONIO	11	A		6,95
90.08.1	ANDROSTANEDIOLO GLUCURONIDE	11	A		14,6
90.08.2	ANGIOTENSINA II	11	A		17,65
90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	11	A		3,75
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	11	A		3,9
90.09.1	APTOGLOBINA	11	A		5,9
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	11	A		1,2
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	11	A		5,05
90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	11	A		1,1
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07	11	A		1,2
90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	11	A	MR,R	2,3
90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	11	A		1,35
90.11.1	C PEPTIDE	11	A		3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 75 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	11,09	A		24,9
90.11.4	CALCIO TOTALE	11	A		1,25
90.11.5	CALCITONINA	11	A		14,3
90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)	11	A		1,35
90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	11	A		4,85
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	11	A		7,35
90.12.5	CERULOPLASMINA	11	A		4,65
90.12.A	CALPROTECTINA [FECI]	11	A		18,45
90.13.1	CHIMOTRIPSINA [FECI]	11	A		6,65
90.13.3	CLORURO	11	A		1,25
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	11	A		8
90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	11	A		4,55
90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	11	A		2,05
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	11	A		2,05
90.14.1	COLESTEROLO HDL	11	A		2,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 76 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	11	A		1,4
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	11	D		2,3
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		12,55
90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		12
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	11	A		2,05
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	11	A		1,25
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	11	A		2,2
90.16.5	CROMO	11	A		8
90.16.6	CROMOGRANINA A	11	A		28,75
90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	11	A		15
90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	11	A	MR,R	75,5
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	11	A		15,75
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	11	A		15,05
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	11	A		25,35
90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	11	A		27,55



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 77 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.17.8	TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE	11	A		21,75
90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	11	A		10,45
90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	11	A		12,05
90.17.D	ELASTASI [FECI]	11	A		14,4
90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	11	A		20,2
90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	118,9
90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	11	A		32,4
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	11	A		19,2
90.18.5	ERITROPOIETINA	11	A		18,05
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	11	A		8,7
90.20.1	ETANOLO	11	A		5,1
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	11	A		13,8
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	11	A		4
90.22.3	FERRITINA	11	A		5,75
90.22.5	FERRO	11	A		1,35
90.23.2	FOLATO	11	A		5,95
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		7,2
90.23.4	FOSFATASI ACIDA	11	A		2,3
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	11	A		1,2
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	11	A		15
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	11	A		1,15



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 78 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	11	A		1,35
90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	11	A	MR,R	12,9
90.25.7	GLOBULINA DI TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	11	A		3,65
90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	11,25
90.26.1	GASTRINA	11	A		14,1
90.26.3	GLUCAGONE	11	A		11,25
90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	11	A		4,4
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	11	A		1,15
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	11	A		6,25
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	11	A		2,05
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	11	A		10,5
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	11	A		4,1
90.27.6	IODURIA	11	A		2,7
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	11	A		5,45
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	11	A		12,35
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	11	A		31,2
90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	11	A		19,75
90.28.C	INIBINA B	11	A		19,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 79 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.29.1	INSULINA	11	A		6,9
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	11	A		1,25
90.30.2	LIPASI PANCREATICA	11	A		3
90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	11	A		5,6
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	11	A		6,1
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione	11	A		2
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	11	A		10
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	11	A		15
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	11	A		1,05
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	11	A		23,35
90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	11	A		23,35
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)	11	A		3,7
90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	11	A		11,6
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	11	A		10,5
90.32.2	LITIO [P].	11	A		11,45
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	C		13,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 80 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		26,9
90.32.5	MAGNESIO TOTALE	11	A		1,9
90.32.6	LISOZIMA [S]	11	A		2,7
90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	11	A		3,95
90.33.5	MIOGLOBINA	11	A		5
90.33.6	METANEFINE FRAZIONATE	11	A		22,95
90.33.A	NEUOTRASMETTITORI DOSAGGIO LIQUOR/SANGUE	11	A	MR,R	5,85
90.34.2	NICHEL	11	A		8
90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	11	A		8
90.34.6	OMOCISTEINA	11	A		13,1
90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	11	A		1,45
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)	11	A		4,45
90.34.A	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	11	A		8
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		10,75
90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati 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	11	A		31,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 81 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.35.3	OSSALATI [U]	11	A		9,65
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	11	A		19,9
90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	11	A		10,2
90.35.6	SOMATOSTATINA	11	A		16,8
90.36.3	PIOMBO	11	A		8
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	11	A		36
90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	11	A		12,8
90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o NT-proBNP)	11	A		19,15
90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	11	A		22,45
90.37.2	PORFOBILINOGENO	11	A		6,4
90.37.3	POST COITAL TEST	11	A		2,9
90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	11	A		1,45
90.37.6	PREALBUMINA	11	A		3,15
90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	11	A		30,75
90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO (RBP)	11	A		4,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 82 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.38.1	PROGESTERONE	11	A		9,15
90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		8,2
90.38.4	ELETTROFORESI delle PROTEINE SIERICHE (PROTIDOGRAMMA) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5_2	11	A		5,9
90.38.5	PROTEINE TOTALI	11	A		1,05
90.38.8	MACROPROLATTINA	11	A		7,35
90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	11	A		15,7
90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	11	A		12,4
90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	11	A		8,3
90.38.Z	PROCALCITONINA	11	D		14,4
90.39.1	ELETTROFORESI delle PROTEINE URINARIE Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5_3	11	A		5,75
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	11	A		6
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	11	A		9
90.39.4	RAME	11	A		5,65
90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	11	A		17,35
90.39.7	COBALTO	11	A		8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 83 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.40.2	RENINA. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		26,35
90.40.3	SELENIO	11	A		8
90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	11	A		1
90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	11	A		6,7
90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	11	A		17,35
90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	11	A		27,75
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associabile a 90.40.8	11	A		55,15
90.40.A	SWELLING TEST	11	A		23,35
90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	11	A		24,7
90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	11	A		24,7
90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	11	A		24,7
90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	11	A	MR,R	6,35
90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	11	A	MR,R	11,6
90.41.3	TESTOSTERONE	11	A		8
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	11	A		15,45



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 84 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	11	A		21,9
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX.	11	A		7,85
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11	A		5,5
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	11	A		5,55
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)T.I.B.C.	11	A		1,95
90.42.5	TRANSFERRINA	11	A		3,7
90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	11	A		24,2
90.42.B	TRIPTASI	11	A		19,5
90.43.2	TRIGLICERIDI	11	A		1,25
90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	11	A		5,55
90.43.4	TRIPSINA	11	A		9,8
90.43.5	URATO	11	A		1,2
90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	11	A		0,85
90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	11	A		3,05
90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	11	A		1,25



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 85 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	11	A		2,95
90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	11	A		17,25
90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	11	A		11,15
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11	A		15,9
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11	A		15,8
90.45.4	ZINCO	11	A		7,55
90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	11	A		7,4
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	11	A		7
90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)	11	A		4,1
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	11	A		5,05
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	11	A		11,65
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI INTRACELLULARI SPECIFICI Test di screening (ENA) Non associabile ad ANA reflex (90.524)	11	A		9,25
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	11	A		9,2
90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	11	A		12,7
90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	11	A		12,7



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 86 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	11	A		12,7
90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	11	A		12,7
90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	11	A		12,7
90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	11	A		12,7
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	11	A		12,05
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	11	A		14
90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	11	A		9,35
90.47.G	ANTICORPI ANTI GM-1 IgM (QUANTITATIVO)	11	A		24,4
90.47.X	Celiachia adulto. Ricerca anticorpi antitransglutaminasi (IgG) (IgA), Immunoglobuline IgA. Se positivi Anticorpi anti endomisio	11	C		27
90.47.Y	Celiachia bambino < 2 anni. Ricerca anticorpi antitransglutaminasi (IgG) (IgA), Immunoglobuline IgA, Anticorpi anti gliadina deamidata (DPG - AGA) IgG. Se positivi Anticorpi anti endomisio	11	C		34
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	11	A		10,65
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	11	A		14,6
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	11	A		9,25
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	11	A		9,35
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	11	A		9,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 87 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	11	A		12,6
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	11	A		11,65
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	11	A		9,35
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	11	A		8,35
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	11	A		10,3
90.49.6	ANTICORPI ANTI BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	11	A		9,2
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	11	A		11
90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	11	A		15
90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	11	A		26,2
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	11	A		26,2
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	11	A		11
90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	11	A	R	112
90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	11	A	R	31,7
90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	11	A	R	31,7
90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	11	A	R	112



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 88 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	11	A	R	64,4
90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	11	A	R	127,4
90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	11	A	R	260,7
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	11	A		9,5
90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	11	A		13,8
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	11	A		9,45
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)	11	A		9,85
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	11	A		9,5
90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPERROSSIDASI (MPO)	11	A		13,15
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	11	A		9,6
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	11	A		9,5
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	11	A		23,35
90.52.4	ANTICORPI ANTI ANTIGENI INTRACELLULARI (ANA) Non associabile ad ANA reflex (90.524)	11	A		9,85
90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	11	A		10,85
90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	11	A		20,85



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 89 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.524	ANTICORPI ANTI ANTIGENI INTRACELLULARI (ANA) reflex Non associabile ad ANTICORPI ANTI ANTIGENI INTRACELLULARI (ANA) (90.52.4). Non associabile ad ANTICORPI ANTI ANTIGENI INTRACELLULARI SPECIFICI Test di screening (90.47.3)	11	C		27,2
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	11	A		33,7
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	11	A		70,95
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	11	A		23,4
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	11	A		29,05
90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	11	A		51,2
90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	11	A		51,2
90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	11	A		13,15
90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA	11	A		31,9
90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	11	A		7,1
90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	11	A		10,25
90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	11	A		29,75
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	11	A		11,25
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	11	A		22,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 90 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	11	A		9,05
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	11	A		7
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	11	A		15,05
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	11	A		7,85
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	11	A		8
90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	11	A		7,2
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off $\leq 2,5$ mU/L - $\geq 10,0$ mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $> 2,5$ ug/L e $< 10,0$ mU/L	11	A		4,55
90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	11	A		23,85
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	11	A		51,2
90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	11	A		3,05
90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	11	A		16,15
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	11	A		47,3
90.59.5	FATTORE vWF ATTIVITA'/COFATTORE RISTOCETINICO	11	A		12
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	11	A		6,65
90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	11	A		3,7



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 91 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	11	A		1,8
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	11	A		14,8
90.61.3	CYFRA 21-1	11	A		21,55
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	11	A		5,1
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	11	A		3,15
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	11	A		12
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	11	A		17,35
90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)(Alb)	11	D		2,2
90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	11	A		8,35
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	11	A		12,8
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		24,3
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	11	A		19
90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	11	A		3,55
90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	11	A		3,55
90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	11	A		3,4



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 92 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND. Analisi multimerica	11	A		3,55
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	11	A		4,45
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	11	A		3,55
90.64.4	FENOTIPO Rh	11	A		12,8
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	11	A		1,75
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	11	A		9,45
90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	11	A		12
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	11	A		7,75
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicità nota)	11	A		88
90.67.5	IgA SECRETORIE	11	A		7,8
90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	11	A	R	225,8
90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	11	A	R	227,25
90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	11	A	R	239,8
90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	11	A	R	241,25
90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	11	A	R	331,35



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 93 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	11	A	R	311,75
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	11	A		10,35
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	11	A		13,15
90.68.3	IgE TOTALI	11	A		7,65
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	11	A		6,5
90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	11	A		5
90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	11	A		9,85
90.68.7	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	11	A		36,05
90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a 8 allergeni per pannello	11	A		36,05
90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	11	A	R	22
90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	11	A		9,85
90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	11	A		54,05
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	11	A		31,75
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)	11	A		3,9
90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	11	D		8,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 94 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.70.1	INTERFERONE	11	D		20,2
90.70.2	INTERLEUCHINA	11	D		17,35
90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	11	A		5,9
90.71.5	PLASMINOGENO	11	A		5,3
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	11	A		5,25
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	11	A		5,25
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	11	A		3,75
90.72.4	PROTEINA S LIBERA	11	A		5,25
90.72.5	PROTEINA S TOTALE	11	A		11,15
90.72.6	PROTEINA S 100	11	A		7,45
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	11	A		8,35
90.73.A	CROSS-MATCH CITOFUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	11	A	R	51,2
90.73.B	CROSS-MATCH CITOFUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	11	A	R	51,2
90.73.C	CROSS-MATCH CITOFUORIETRICO LINFOCITI T IgM	11	A	R	51,2
90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	11	A		5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 95 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	11	A		10
90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	11	A	R	48,45
90.74.B	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	11	A	R	48,45
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	11	A		2,3
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	11	A		2,95
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	11	A		2,5
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	11	A	R	4,75
90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	11	A		14
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	11	A		3,65
90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	11	A		16
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	11	A	R	98,8
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	11	A	R	98,8
90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	11	A	R	198,65
90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	11	A	R	198,65
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	11	A	R	98,8
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	11	A	R	97,3
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	11	A	R	117,8
90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	11	A	R	198,65
90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	11	A	R	86,45



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 96 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	11	A	R	105,3
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	11	A	R	98,8
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	11	A	R	105,3
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	11	A	R	98,8
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	11	A	R	89,5
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	11	A	R	89,5
90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	11	A	R	147,35
90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	11	A	R	68,75
90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	11	A	R	49,15
90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	11	A	R	56,15
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	11	A		2,85
90.82.3	TROPONINA I, T	11	A		9,45
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	11	A		1,8
90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	11	D		23,3
90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS	11	A		96,15



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 97 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.84.8	BATTERI ANTIGENI/ANTICORPI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	11	A		29,3
90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		59,9
90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		14,95
90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	11	A		25
90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		14,25
90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		33,55
90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		92,1
90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	11	A		17,1
90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	11	A		13,05
90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	11	A		13,6
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	11	A		9,85
90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	11	A		19,45
90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	11	A		16,6
90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	11	A		14,7
90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	11	A		17,65



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 98 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	11	A		9,15
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	11	A		32
90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		43,7
90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		24,65
90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	11	A		26,55
90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	11	A		9
90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	11	A		14,5
90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	11	A		12
90.90.X	CLOSTRIDIUM (CLOSTRIDIODES) DIFFICILE TOSSINOGENICO NELLE FECI REFLEX. Ricerca diretta immunologica di GDH + Tossine, se GDH positivo e tossine negative eseguire ricerca molecolare. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	11	C		43,7
90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	11	A		25,75
90.92.6	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI	11	A		49,3
90.92.7	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	11	A		37
90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	11	A		8,55
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	11	A		9,85
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	11	A		21,95



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 99 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma	11	A		21,2
90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	11	A		17,25
90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	11	A		18,6
90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		13,05
90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	11	A		13,05
90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		10,1
90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	11	A		14,9
90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale o molecolare), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali (molecolare), Trichomonas vaginalis (molecolare). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	11	A		101
90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale / molecolare), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali (molecolare). Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	11	A		70,5
90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [TEST DI STAMEY]	11	A		53,6
90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		33,55



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 100 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	11	A		19,25
90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, Incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		33,65
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma	11	A		25,95
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	11	A		16,4
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	11	A		18,35
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		26,2
90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	11	A		13
90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	11	A		8,7
90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	11	A		4,6
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	11	A		8,65
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	11	A		10,1
90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	11	A		18,8
90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	11	A		25
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	11	A		16,9
90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	11	A		3,5
90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	11	A		33,45
90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	11	A		10,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 101 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		10,1
90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		41,2
90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	11	A		22,3
90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame culturale. Se positivo, incluso identificazione	11	A		15,7
90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.	11	A		57,9
90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	11	A		55,7
90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A	R	78,9
90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA. Almeno 4 antibiotici	11	A	R	54,1
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	11	A		98,3
91.01.A	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	11	A		21,95
91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	11	A		23,7
91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	11	A		4,25
91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	11	A	R	18
91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	11	A		11,65
91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	11	A		13,4
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	11	A		8,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 102 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	11	A		10,1
91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	11	A		8,65
91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)	11	A		13,25
91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	11	A		27,2
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricomica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	11	A		5,6
91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		46,8
91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	11	A		16,4
91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)	11	A		10,1
91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		97,95
91.06.6	RICKETTSIE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	11	A		14,5
91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	11	A		7,2
91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		63,05
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	11	A		17,45
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	11	A		10,1
91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	11	A		10,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 103 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	11	A		8,7
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	11	A		7,15
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME COLTURALE. Incluso: Identificazione	11	A		4,5
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	11	A		5,65
91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	11	A		26,2
91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colurale o Baermann)	11	A		9,85
91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	11	A		11
91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	11	A		10,4
91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	11	A		9,7
91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	11	A		12,5
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	11	A		17
91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		43,85
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	11	A		8,5
91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	11	A		16
91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	11	A		17
91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	11	A		10,1
91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B	11	A		23,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 104 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting	11	A		6,65
91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	11	A		84,4
91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	11	A	R	47,85
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	11	A		28
91.12.6	TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV2	11	C		22
91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	11	A		5
91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		142,2
91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	11	A		96,15
91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione	11	A		51
91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	11	A		8,3
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F	11	A		32,05
91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	11	A		9,55
91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI	11	A		5
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	11	A	R	28
91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		49,35



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 105 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		44,3
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	11	A		7,2
91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità 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	11	A		8,4
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	11	A		112,45
91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		41,85
91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	11	A		86,2
91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	11	A		98
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	11	A	R	46,45
91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	11	A		5,7
91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	11	A		7,15
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	11	A		5,4
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	11	A		4,75
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	11	A		5,35
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	11	A		4,1
91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg	11	A		26,2
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	11	A		41,65
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		49,75



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 106 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	11	A		6,95
91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	11	A		12,25
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	11	A		339,1
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento	11	A		80,7
91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	11	A		12,25
91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	11	A		22
91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	11	A		13,1
91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	11	A	R	84,55
91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	11	A		6
91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		46,1
91.22.2	Esame Pediatrico, VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A	R	55,5
91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A	R	72
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	11	A	R	225
91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	11	A		23
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA 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	11	A		12,05
91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	11	A		5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 107 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.24.9	VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A		63,2
91.24.C	VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	11	A	R	98,2
91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	11	A		14,95
91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	11	A		15,6
91.24.S	VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) - Programmi organizzati di screening cervicale	11	D		10
91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	11	A		17,1
91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	11	A		9,5
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	11	A	R	16,35
91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	11	A		5
91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	11	A		8,5
91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	11	A		11,45
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	11	A		6,7
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	11	A		12,85
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI PER CHIMERISMO. Qualunque metodo	11	A	R	147
91.30.6	TEST GENOMICI PER PATOLOGIA MAMMARIA NEOPLASTICA IN STADIO PRECOCE ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATA	11	E		2000
91.30.7	Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato	11	E		1150
91.30.8	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA DELLE VIE BILIARI AVANZATO, CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO, SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO SISTEMICO	11	E		1150
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	26	A	R	20,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 108 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	11	A		17
91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)	11	A		160
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi	11	A		30,2
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi	11	A		21,15
91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		33,15
91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari Istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		35
91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		33,15
91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		40
91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		33,15
91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		38
91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		36
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		38
91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		55,65
91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		70
91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 109 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione	11	A		42,3
91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		55,45
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		59,1
91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	11	A		51,5
91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni	11	A		65,85
91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		55,45
91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		77,95
91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.	11	A		55,45
91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 110 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		61,25
91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		55,45
91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		62,7
91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		61,25
91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITA NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Insieme eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	11	A		66,5
91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Per campione e almeno 7 marcatori	11	A		59,5
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 111 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Fino a 12 campioni	11	A		150
91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni	11	A		65,85
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Fino a 8 campioni	11	A		150
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		55,45
91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		42,3
91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		122,5
91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori	11	A	R	139,65
91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	11	A		190,3
91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori	11	A		63,15
91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori	11	A	R	63,15
91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori	11	A		63,15
91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori	11	A		63,15
91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione	11	A		42,3
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	11	A	R	151,3
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	26	A		3,8
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	11	A		6,95



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 112 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	11	A		4,45
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	11	A		3,8
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	26	A		2,55
91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunohistochemiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		55,45
91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunohistochemiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	11	A		55,45
91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO Incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari	11	A	MR,R	46,3
91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	11	A	MR,R	184,35
91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	11	A	MR,R	174,2
91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	11	A	MR,R	28
91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRRATO	11	A	MR,R	5,8
91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	11	A	MR,R	11,6
91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	11	A	MR,R	2,5
91.5R.8	CARNITINA LIBERA	11	A	MR,R	8
91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	11	A	MR,R	8
91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	11	A	MR,R	52,85
91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	11	A	MR,R	118,9
91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	11	A	MR,R	11,6
91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	11	A	MR,R	46,3
91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	11	A	MR,R	40
91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	11	A	MR,R	46,3
91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	11	A	MR,R	118,9
91.5R.H	ISOELETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	11	A	MR,R	46,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 113 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	11	A	MR,R	111,85
91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	40
91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	128
91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	40
91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	40
91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	46,3
91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	11	A	MR,R	4,65
91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	11	A	MR,R	11,6
91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	11	A	MR,R	43
91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	11	A	MR,R	7,55
91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	11	A	R	174,85
91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	11	A	R	196,75
91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS e N-RAS	11	A	R	256
91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	11	A	R	151,3
91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	11	A	R	151,6
91.60.6	STATO MUTAZIONALE BRAF	11	A	R	151,3
91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	11	A	R	151,6
91.60.8	STATO MUTAZIONALE KIT	11	A	R	151,3
91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	11	A	R	151,6
91.60.A	STATO HER2-neu	11	A	R	151,3
91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	11	A	R	151,6
91.60.C	ANALISI MUTAZIONALE IDH1 E IDH2	11	A	R	151,3
91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	11	A	R	151,6
91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	11	A	R	151,3
91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	11	A	R	151,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 114 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	11	A	R	151,3
91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	11	A	R	151,6
91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOXO1	11	A	R	151,3
91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	11	A	R	151,6
91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	11	A	R	151,3
91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	11	A	R	151,6
91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	11	A	R	151,3
91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	11	A	R	151,6
91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14) IGH::CCND1	11	A	R	151,3
91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14) LINFOMA TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,6
91.60.S	TRASL. t(11;18), t(1;14), t(3;14) LINFOMA PRIMITIV. STOMACO TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,3
91.60.T	TRASLOCAZIONE T (2;12) TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,6
91.60.U	TRASLOCAZIONE (14;18). TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,3
91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17) TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,6
91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14), (2;8), (8;22), (8;9), (3;8) TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,3
91.60.X	TRASLOCAZIONE t(2;5), t(1;2) TEST QUALITATIVO	11	A	R	151,6
91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	11	A	R	256
91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECETTORE DELLE CELLULE T (TCR)	11	A	R	151
91.61.2	RIARRANGIAMENTO Bcl6	11	A	R	151,3
91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	06	A		6
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	22,06	A		11,6
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo	06	A		32,95
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	06	A	H	23,2
91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	06	A	H	77,5



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 115 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni	06	A		13
91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	06	A		12
91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	06	A		69
91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	06	A	H	52,5
91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	16	A		12
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	07,08	A		47,55
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	07,08	A		34,95
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	07,08	A		46,1
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	07,08	A		125,95
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	07,08	A		110,95
92.02.6	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) - SOSTITUISCE PREST. 92.02.5, 92.03.5 E 92.15.5. In corso di esame planare, incluso, con unica somministrazione di radiofarmaco	24,07	D		74,45
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	07,08	A		60,85
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")	07,08	A		122,4
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere	08	A		81
92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	07,08	A		41,25
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE ghiandole SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	07,08	A		68,6
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	07,08,10	A		52,15
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	07,08,10	A		101
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	07,08,10	A		111,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 116 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2	07,08,10	A		98
92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	07,08,10	A		69,85
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico).	07,08	A		223,4
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		116,9
92.05.7	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON FDG	07,08	A		1539,85
92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	07,08	A		223,4
92.05.C	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	07,08	A		1539,85
92.05.D	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	07,08	A		1539,85
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	07,08	A		195,95
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO	07,08	A		242,95
92.09.1	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO.	07,08	A		1071,6
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E	07,08	A		146,9
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO.	07,08	A		171
92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	07,08	A		627,5
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	07,08	A		257,75
92.11.6	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON FDG	07,08	A		1016,25
92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	07,08	A		1035,05
92.11.A	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	07,08	A		1370
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	07,08	A		206,35
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13	07,08	A		280,8
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	07,08	A		75
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	07,08	A		210



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 117 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.19.8	07,08	A		181,3
92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	07,08	A		133
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica.	07,08	A		119,05
92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8	07,08	A		384
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	07,08	A		310
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7	07,08	A		124,15
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	07,08	A		85,35
92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		246
92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		246
92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		400
92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		480
92.18.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON FDG	07,08	A		1116,75
92.18.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	07,08	A		1300
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	07,08	A		293,25
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	07,08	A		323,8
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	07,08	A		90,85



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 118 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	07,08	A		244,8
92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	08	A		67
92.19.B	TOMOGRAMMA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	08	A		1530
92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	24	A		8,8
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	24	A		27
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato.	24	A		42
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato.	24	A		65
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.	24	A		1480,4
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato.	24	A		95
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato.	24	A		210
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta.	24	A		600
92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO.	24	A		1480,4
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta.	24	A		1408
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato.	24	A		45,35
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Insieme le fasi propedeutiche alla prestazione	24	A		1229,1
92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	24	A		1811
92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	24	A		905,5
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	24	A		350
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	24	A		175
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	24	A		59,9
92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	24,07	A		238,75
92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOISINOVORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	24,07,08	A		225



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 119 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	24	A		659
92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	24	A		988,2
92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	24,07	A		175
92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE.	24	A		520
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	24	A		68
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	24	A		123
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	24	A		161
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	24	A		30
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	24	A		142,4
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	24	A		14
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	24	A		118,75
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento.	24	A		102,7
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 92.29.3	24	A		476
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	24	A		31
92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	24	A		82
92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	24	A		82
92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto.	24	A		240
92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	24	A		76,65
92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	24	A		99
92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	24	A		200
92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	24	A	R	21000



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 120 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	24	A	R	8000
92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	24	A	R	10000
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.	24	A		800
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 Radioterapia TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	24	A		600
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. 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	12	A		45
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 refertazione. 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	12	A		11,95
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 refertazione. 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	12	A		11,95
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 refertazione. 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	12	A		11,95
93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	12	A		11,95
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 refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese	12	A		11,95
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 refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4)	12	A		14,35



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 121 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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 refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	12	A		14,35
93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. 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	12	A		14,35
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 refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	12	A		11,95
93.01.C	VALUTAZIONdi E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	12	A		11,95
93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	12	A		11,95
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	16	A		9,6
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	12,16,21	A		11,95
93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	12	A		17
93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo	12	A		13,55
93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	12	A		16,55
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)	12	A		18
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5	12	A		13
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	12,15,21	A		14,9
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	12	A		20,9
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	12	A		30,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 122 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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.	12	A		108,75
93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE	13,09	A		15,55
93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	13	A		13,35
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	12,15	A		11,15
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	12,15	A		11,15
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	12,25,15,21	A		14,5
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti	12,15	A		11,15
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	12,15	A		11,15
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	12,15	A		11,15
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	12,15	A		11,15
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	12,15	A		122,9
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	12,15	A		111,7
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Includere tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).	12,15	A		78
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili.	12,15	A		78
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)	12	A		85,6
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	12	A		51,65
93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.A, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	12,15	C		122,9
93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.B, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	12,15	C		111,7
93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.C, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	12,15	C		78,2



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 123 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.D, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	12,15	C		78,2
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	12,15	A		10,45
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	12,15	A		10,45
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 refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); 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)	12	A		14,35
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 refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	12	A		8
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 refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); 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	12	A		8
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" 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 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	12	A		17,1
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO	12	A		34,2
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	12	A		6,15
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	12	A		17,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 124 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	22,12	A		4,2
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	A		17,1
93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle "funzioni genito-urinarie", incontinenza urinaria, secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	12	A		17,1
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 massimo di 10 sedute	12	A		17,1
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 massimo di 10 sedute	12	A		17,1
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 massimo di 10 sedute	12	A		4,05
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute	12	A		8,9
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. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute	12	A		24,2
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. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo massimo di 10 sedute	12	A		5,6
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.	12	A		45
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO	12	A		29,3
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	12,19	A		14,7
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	12,19	A		9,6



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 125 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	22,12,02	A		20,7
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	22,12,02	A		3,85
93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINA Incluso farmaco	15	A		51
93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione	12	A		52,4
93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	12	A		43,7
93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	19	A		7,2
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva.	20	A		7
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo	12	A		34,6
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	12	A		13,4
93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	19	A		11,4
93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	19	A		30,95
93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	19	A		30,95
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	19	A		30,95
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	19	A		8,1
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	19	A		15,2
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico	19	A		25,2
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	19	A		19,15
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	19	A		12,7
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	19	A		22,7
93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	19	A		6,05
93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	19	A		15,6
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	26	A		3,85
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	19	A		25,2
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	19	A		21,3



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 126 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	12,19	A		8,4
93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	19	A		13,95
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	12	A		12,35
93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	12	A		12,35
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	09	A		4,4
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	09	A		1,75
93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	22,06	A		7,7
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	21	A		8,7
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche,gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	12,15	A		9,05
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche,gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	12,15	A		2,25
93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	21	A		34
93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	22	D		6,3
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	01	A		97,75
93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA	01	D		390,85
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	22	A	H	7,75
93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	22	A		6,35
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	22,12	A		8,7
93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	22,06	A		23,2
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	23,12	A		10,5
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	23,12,15	A		16,75
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	12,23,15	A		6,3
94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	23,15	A		5,8



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 127 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	23,12,15	A		6,3
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	23,12,15	A		6,3
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	23	A		7,75
94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	23,12	A		27,1
94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	23	A		5,8
94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	23	A		5,8
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	23	A		28
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	23	A		20,6
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	23	A		28
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	23	A		19,3
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	23	A		23,2
94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	23	A		26
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	23	A		9,7
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	16	A		28
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	16	A		35,6
95.03.2	PUPILLOMETRIA	16	A		2,55
95.03.3	TOMOGRFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4	16	A		35,6
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	16	A		18
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	16	A		7,75
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	16	A		7,75
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	16	A		7,75
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	16	D		8,4
95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	16	A		7,9
95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	16	A		7,75



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 128 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a 95.03.3	16	A		49,4
95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	16	A		7,75
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	16	A		7,7
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	16	A		3,85
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA	16	A	H	46,45
95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	16	A		116,45
95.13	ECOGRAFIA OCULARE	16	A		35,6
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	16	A		35,6
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	16	A		30,95
95.13.3	ECOBIMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	16	A		19,35
95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	16	A		7,75
95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	16	A		33,55
95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	15,16	A		33,55
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	12,15,16	A		24
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]. Non associabile a Test clinico della funzionalità vestibolare (95.44.1)	16,21	A		22,05
95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	15,16	A		30,95
95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	16	A		7,75
95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	16	A		5,6
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	21	A		9,75
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	21	A		9,75
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	21	A		11,9
95.42	IMPEDENZOMETRIA	21	A		8,65
95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	21	A		28
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	21	A		16,25
95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	21	A		16,25
95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	21	A		11,9



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 129 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	21	A		9,75
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	21	A		12,25
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	21	A		23,7
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	21	A		19,5
96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	20	A		9,7
96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	03	A		9,7
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	03	A		11,6
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	03	A		11,6
96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	03	A		12
96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESICALI. Incluso farmaco	25,18	A		9,7
96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	16	A		3,9
96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)	21	A		7,75
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	17	A		12
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	17	A		5,2
96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	21	A	H	37
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	13	A		15,45
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	26	A		4,05
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	26	A		10
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	26	A		19
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	26	A		32
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	26	A		58
96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi.	26	A	H	61



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 130 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei.	26	A	H	124
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	06	A		124
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	21	A	H	18,05
97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	19	A		10,2
97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.	22,21	A		50,4
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	17	A		11,9
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	17	A	H	16,5
97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	25,08	A		279
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	13,08	A		9,65
97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	19	A		9,7
98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	10	A		59
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	21	A		8,4
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	21	A		15,1
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	03	A		10,3
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	03	A		8,4
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	16	A		7,75
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	25	A		7,75
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	25	A	H	762,25
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	25	A	H	468,95
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	25,08	A	H	279,3
98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	25	A		33



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 131 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla.	12,19	A		60
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	26	A		11,6
99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11	A		8
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	26	A		25,8
99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Incluso Emocomponente	26	A		24,6
99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Incluso Emocomponente	26	A		42,5
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	22,06	A		11,6
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	06	A	H	11,6
99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	26	A	H	10
99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	06	A	H	11,6
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	26	A		11,6
99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	26	A		7,15
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	26	A		9,7
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	26	A		11,6
99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO, ESAMI EMATOCHIMICI, FARMACO.	26,18	C		343
99.25.2	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE E VISITA	18	C		315
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione	25	A		7,75
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	01,12,15	A		10,95
99.299B	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	01,12,15	C		94,1



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 132 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
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 (TBI/TMI)	10	A		19
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	26	A		443,05
99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	26	A		743
99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	11	A		402,8
99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	11	A		2113,4
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83	26	A		402,8
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	26	A		373,4
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	26	A		408
99.76	SALASSO TERAPEUTICO	26	A		25,7
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta.	06	A		9,1
99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta.	06	A		11,65
99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	18	A		900,6
99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	01	A		9,7
99.92	ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Moxa revulsivante	01	A		9,1
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3	17	A		17
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	17	A		15,5
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	17	A		17
99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	09	A		72,05
G1.01	Analisi mutazionale di malattia genetica che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo. Tariffa non ripetibile e non cumulabile	11	A		450
G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	11	A		180
G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	11	A		227
G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	11	A		100
G1.017	ANAL. GENET. DELLA FIBROSI CISTICA. TEST 1° LIVELLO ALMENO 30 MUTAZIONI	11	C		300



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 133 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.0210	Analisi mutazionale che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe G1.01 è superiore alla tariffa di G1.02.10	11	C		800
G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		800
G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.1130	Analisi mutazionale che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe G1.01 è superiore alla tariffa di G1.11.30.	11	C		1150
G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.17	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 17 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 134 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
G1.18	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 18 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.19	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 19 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.20	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 20 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.21	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 21 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.22	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 22 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.23	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 23 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.24	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 24 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.25	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 25 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.26	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 26 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.27	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 27 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.28	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 28 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.29	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 29 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1150
G1.31	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.3190	ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento e/o eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo.	11	C		1350
G1.32	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 32 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.33	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 33 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.34	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 34 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 135 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
G1.35	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 35 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.36	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 36 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.37	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 37 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.38	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 38 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.39	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 39 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.40	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 40 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	11	A		1350
G1.91	Analisi di mutazione/variante genetica nota. Compresa la ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Qualunque metodo.	11	A		60
G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	11	A		160
G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	11	A		180
G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. Qualunque metodo	11	A		120
G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo su linfociti. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo	11	A		210



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 136 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo su materiale biologico. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo e cariotipo alta risoluzione	11	A		330
G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE SU AMNIOCITI. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	11	A		220
G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE SU VILLI CORIALI. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.	11	A		330
G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE SU LINFOCITI FETALI. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismo	11	A		210
G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE SU MATERIALE ABORTIVO. Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismo	11	A		210
G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	11	A		250
G2.08	ANALISI CITOGENETICA MOLECOLARE. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfase/MLPA e coltura del materiale biologico da analizzare. Rendicontabile al massimo 3 analisi	11	A		300
G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologico da analizzare	11	A		850
G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	11	A		250
G2.11	TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y). Qualunque metodo	11	C	R	400
G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	11	A		65
G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci anticoagulanti e antiaggreganti.	11	A		65
G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica. Analisi dei geni di risposta individuale ai farmaci.	11	A		65
G8.01	ANALISI SOMATICA DI SINGOLO GENE. Qualunque metodo, non ripetibile.	11	C		300
G8.02	ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO A BASSA COMPLESSITA' (su DNA e RNA, da 2 a 20 geni refertati). Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe G8.01 è superiore alla tariffa di G8.02.	11	C		800
G8.03	ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO A MEDIA COMPLESSITA' (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni refertati o fino a 250 ampliconi/regioni target). Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo.	11	C		1150



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 137 di 142

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
G8.04	ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO AD ALTA COMPLESSITA' (su DNA e RNA, più di 60 geni referatati o oltre 250 ampliconi/regioni target). Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe G8.01 è superiore alla tariffa di G8.04.	11	C		1350
G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST.	11	A		25
04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE	01	A	R	200,00
42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	10	A		400,00
43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	10	A		400,00
45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)	10	A		400,00
87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	08	A		54,60
88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	08	A		31,50
88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	08	A		31,50
88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	08	A		31,50
90.05.6	ALBUMINA GLICATA	11	A		2,80
92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A	24	A		614,55
92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute	24	A		391,80
92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute	24	A		765,70
92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute	24	A		1448,50
92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute	24	A		1759,20
92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B	24	A		819,95
92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute	24	A		1280,80
92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute	24	A		2543,70
92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute	24	A		4695,50
92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute	24	A		5605,20
92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C	24	A		1100,90
92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute	24	A		5945,30
92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute	24	A		7442,76
92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute	24	A		9133,50
92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute	24	A		11261,50
92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D	24	A		2841,40
92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute	24	A		7410,97
92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute	24	A		9918,00
92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. D 11-20 sedute	24	A		11733,70



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 138 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute	24	A		13924,00
92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. A <2 sedute	24	A		859,55
92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. A 3-6 sedute	24	A		1441,75
92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. A > 6 sedute	24	A		1641,75
92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. B <2 sedute	24	A		947,15
92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. B 3-6 sedute	24	A		1697,15
92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. B > 6 sedute	24	A		2197,15
92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. C <2 sedute	24	A		1047,15
92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. C 3-6 sedute	24	A		1947,15
92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. C > 6 sedute	24	A		2547,15
92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. D <2 sedute	24	A		1147,15
92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. D 3-6 sedute	24	A		2197,15
92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. D > 6 sedute	24	A		2897,15
92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. C (1 seduta)	24	A		2186,45
92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 cat. C sedute	24	A		3591,20
92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. C > 3 sedute	24	A		4527,70
92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. D (1 seduta)	24	A		1825,95
92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio cat. D 2-3 sedute	24	A		3636,95
92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. D > 3 sedute	24	A		5447,95
93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	23	A		4,40
93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	23	A		1,75
24.80.9	INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.	17	A	H	240,00
88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	08, 10	A		49,75
90.64.7	DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand)	11	A	MR	78,90



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 139 di 142**

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	BRANCHE	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NOTE	TARIFFA
91.20.8	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	11	A		49,75
91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	11	A		222,00
99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo	09	A		26,00
G3.04	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	11	A	R	65,00
08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	16	A		26,75
91.30.9	Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo (NGS) per la diagnosi di malattia rara o sospetta malattia rara di origine genetica, comprensiva dell'analisi dei genitori biologici ove appropriata e realizzabile	11	E		1800



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 140 di 142**

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	
A	codici nazionali corrispondenti alle prestazioni previste nel DPCM 12 gennaio 2017
C	codici regionali non ricondotti ad un codice LEA ma che comunque non rappresentano Livelli aggiuntivi regionali (LAR) (esempio reflex, trasferimenti setting, pacchetti, ecc..)
D	codici regionali che costituiscono Livelli aggiuntivi regionali (LAR) (non transcodificabili né riconducibili) da erogarsi solo ai residenti in Veneto



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026**pag. 141 di 142**

NOTE DI EROGABILITA'	
H	la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori situati presso strutture di ricovero
MR	prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale
R	la prestazione può essere erogata solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione



ALLEGATO A DGR n. 1241 del 27 ottobre 2026

pag. 142 di 142

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE BRANCA
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

