

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**01 ANESTESIA
ANÄSTHESIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
03.91	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale - Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN DEN VERTEBRALKANAL FÜR ANALGESIE - Peridurale Injektion - Ausgenommen: den Fall, bei dem die Anästhesie für einen chirurgischen Eingriff durchgeführt wird	103,30
03.91.1	H - I	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE - [Catetere a permanenza, con pompa a controllo del paziente (PCA), con tunnel, con port] LEGUNG EINES PERIDURALKATHETERS - [Dauerkatheter, Katheter mit patientkontrollierter Pumpe, mit Tunnel, mit Port]	154,90
03.96.1	H - I	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACETTE ARTICOLARI - Intero trattamento PERKUTANE PARAVERTEBRALE BLOCKADE DER GELENKSFACETTEN - komplette Behandlung	101,00
04.81.1	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami - Escluso: le anestesia per intervento INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN PERIPHERE NERVEN FÜR ANALGESIE - Block des Ganglion Gasser und deren Äste - Ausgenommen: die Anästhesien für chirurgische Eingriffe	51,70
04.81.2	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali - Escluso: le anestesia per intervento INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN PERIPHERE NERVEN FÜR ANALGESIE - Block der Interkostalnerven - Ausgenommen: die Anästhesien für chirurgische Eingriffe	15,50
05.31	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, blocco del Ganglio celiaco, blocco del Ganglio stellato, blocco del simpatico lombare INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN SYMPATISCHE NERVEN FÜR ANALGESIE - Regionaler Block des N.Sympatikus an den oberen oder unteren Extremitäten, Block des Ganglion coeliacus, Block des Ganglion stellatum, Block des lumbalen Sympatikus	77,50
05.32	H - N	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI INJEKTION VON NEUROLYTIKA IN SYMPATISCHE NERVEN	129,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

01 ANESTESIA
 ANÄSTHESIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
38.94	H - I	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS ODER EINES DOPPELTEN JUGULAR- ODER FEMORALKATHETERS [Dauerkatheter, Katheter mit patientkontrollierter Pumpe, mit Tunnel, mit Port]. Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	284,90
38.94.2	H - I	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA - Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS, PERKUTAN - Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	154,90
93.39.5	N	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio). Per seduta (Ciclo di dieci sedute) ANTALGISCHE ELEKTROTHERAPIE - Transkutane Nervenstimulation (TENS, Hochvolt). Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10
93.95	N	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta di 60 minuti HYPERBARISCHE SAUERSTOFFTHERAPIE - Pro Sitzung von 60 Minuten	82,60
94.32	N	IPNOTERAPIA - Ipnosi - Incluso: Ipnosi per analgesia HYPNOETHERAPIE - Hypnose - Inbegriffen: Hypnose für Analgesie	15,50
97.83	H - I	ASPORTAZIONE DI CATETERE TUNNELLIZZATO - Asportazione di catetere tipo port o Groshong ENTFERNUNG EINES TUNNELIERTEN KATHETERS, NNB - Entfernung eines Katheters (Port oder Groshong)	57,00
99.26.1	I	RICARICA DI POMPA DI INFUSIONE ELETTRONICA O MECCANICA [pompa PCA, pompa a elastomero] - Incluso: sostituzione elastomero. Escluso: costo del farmaco NACHFÜLLUNG VON ELEKTRONISCHER ODER MECHANISCHER INFUSIONSPUMPE [PCA Pumpe, Elastomer]- Inbegriffen: Ersetzung des Elastomers. Ausgenommen: die Kosten der Pharmaka	30,00
99.91	N	AGOPUNTURA PER ANESTESIA AKUPUNKTUR FÜR ANÄSTHESIE	9,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**01 ANESTESIA
ANÄSTHESIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.92	N	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso: quella con moxa revulsivante (93.35.1) ANDERE AKUPUNKTUR - Ausgenommen: jene mit ableitender Moxa (93.35.1)	8,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**02 CARDIOLOGIA
 KARDIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
38.22	N	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12) PERKUTANE ANGIOSKOPIE - Kapillaroskopie - Ausgenommen : Angioskopie des Auges (95.12)	59,30
38.22.1	N	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12) KAPILLAROSKOPIE MIT VIDEOAUFNAHME - Ausgenommen : Angioskopie des Auges (95.12)	59,30
39.92	N	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42) INTRAVENÖSE INJEKTION SKLEROSIERENDER SUBSTANZEN - Ausgenommen : Injektion bei Ösophagusvarizen, Hämorrhoiden (49.42)	8,70
88.71.2	N	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica TRANSKRANIELLE DOPPLERUNTERSUCHUNG - Mit Spektralanalyse nach physischem oder pharmakologischem Test	46,00
88.71.3	N	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO TRANSKRANIELLE FARBDOPPLER-UNTERSUCHUNG	49,10
88.72.1	N	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3 ULTRASCHALL DES HERZENS - Ein- und zweidimensionale Echokardiographie. Nicht vereinbar mit 88.72.2 und 88.72.3	51,70
88.72.2	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA - A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3 ECHO-DOPPLER-KARDIOGRAPHIE - In Ruhe. Nicht vereinbar mit 88.72.1 und 88.72.3	60,40
88.72.3	H - N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA - A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2 FARB-DOPPLER-ECHOKARDIOGRAPHIE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung. Nicht vereinbar mit 88.72.1 und 88.72.2	62,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

02 CARDIOLOGIA
 KARDIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.72.4	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA - Ecocardiografia transesofagea (FARB) DOPPLER-TRANSÖSOPHAGEALE-ECHOKARDIOGRAPHIE - Transösophageale Echokardiographie	77,50
88.72.5	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE FETALE (FARB-DOPPLER)ECHOKARDIOGRAPHIE	41,30
88.72.6	HR - I	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC. A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.7 (FARB) DOPPLER ECHOKARDIOGRAPHIE OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL. In Ruhe. Nicht vereinbar mit 88.72.1, 88.72.2 und 88.72.7	102,50
88.72.7	HR - I	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.6 (FARB) DOPPLER ECHOKARDIOGRAPHIE OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL. In Ruhe und unter physischer oder pharmakologischer Belastung. Nicht vereinbar mit 88.72.1, 88.72.2 und 88.72.6	113,95
88.73.5	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica (FARB)DOPPLER ECHOGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	43,90
88.77.1	N	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica ECHOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ARTERIELL ODER VENÖS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	24,80
88.77.2	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica (FARB)DOPPLERECHOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ODER ANDERER BEZIRKE ARTERIELL ODER VENÖS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	43,90
88.77.3	N	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI (LASER)DOPPLERGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN	23,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

02 CARDIOLOGIA
 KARDIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.41	N	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) KARDIOVASKULAERER BELASTUNGSTEST AM LAUFBAND - Ausgenommen : Kardiorespiratorischer Belastungstest (89.44.1)	55,80
89.42	N	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS ZWEI STUFEN - BELASTUNGSTEST NACH MASTERS	18,60
89.43	N	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) KARDIOVASKULAERER BELASTUNGSTEST AM ZYKLOERGOMETER - Ausgenommen : Kardiorespiratorischer Belastungstest (89.44.1)	55,80
89.44	N	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo ANDERE KARDIOVASKULAERE BELASTUNGSTESTS - Thallium-Belastungstest mit oder ohne transoesophageale Stimulation	55,80
89.48.1	N	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER. Incluso ECG (89.52) HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE UND PROGRAMMIERUNG einschließlich EKG (89.52)	23,20
89.48.2	I	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE - Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG ÜBERPRÜFUNG UND PROGRAMMIERUNG DES IMPLANTIERTEN DEFIBRILATORS - Inbegriffen: EKG (89.52). Der Befund beinhaltet das EKG-Ergebnis	41,00
89.50	N	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter) DYNAMISCHES ELEKTROKARDIOGRAMM - Analogische Dispositive (Holter)	62,00
89.52	N	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG) ELEKTROKARDIOGRAMM (EKG)	11,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**02 CARDIOLOGIA
KARDIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.54	N	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi - Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia ELEKTROKARDIOGRAPHISCHE MONITORISIERUNG - Telemetrie EKG mit Analyse der Spaetpotentiale - Ausgenommen : Dynamisches EKG waehrend Chirurgie (89.50)	46,50
89.55.1	H - I	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFOGEEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE TRANSOESOPHAGEALE DIAGNOSTISCHE HERZSTIMULATION ODER HERZSTIMULATION ZUR BEHANDLUNG DER RHYTHMUSSTÖRUNGEN	77,50
89.55.2	H - I	TERAPIA AMBULATORIALE DELLE ARITMIE CARDIACHE - Terapia complessa AMBULANTE BEHANDLUNG DER HERZRHYTHMUSSTOERUNGEN - Gesamte Therapie	46,50
89.58.1	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	18,60
89.58.2	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN UND UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	27,90
89.58.3	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE ANDERER BEZIRKE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung oder nach anästätischer Blockierung	18,60
89.58.4	N	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica - Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8) VENÖSE VERSCHLUßPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung - Ausgenommen : Plethysmographie einer Extremität (89.58.8)	18,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**02 CARDIOLOGIA
KARDIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.58.5	N	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica - Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8) VENÖSE VERSCHLUßPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN UND UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung - Ausgenommen : Plethysmographie einer Extremität (89.58.8)	27,90
89.58.6	N	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PLETHYSMOGRAPHIE AM PENIS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	20,70
89.58.7	N	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico PLETHYSMOGRAPHIE ANDERER BEZIRKE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung oder nach anestaetischer Blockierung	18,60
89.58.8	N	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO PLETHYSMOGRAPHIE EINER EXTREMITÄT	18,60
89.59.1	N	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA KARDIOVASKULÄRE TESTS ZUR BEURTEILUNG DER AUTONOMEN NEUROPATHIE	41,30
89.61.1	N	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA MONITORISIERUNG [ÜBER 24 STUNDEN] DES ARTERIELLEN BLUTDRUCKS	41,30
89.62	N	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE MONITORISIERUNG DES ZENTRALVENÖSEN DRUCKS	46,50
93.36	N	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA KARDIOLOGISCHE REHABILITATION	19,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**02 CARDIOLOGIA
 KARDIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE	
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF	
99.29.2	N	INIEZIONE PERIARTERIOSA PERIARTERIELLE INJEKTION	10,10	

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
06.01	N	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA - Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea. Alcolizzazione noduli tiroidei ASPIRATION IM BEREICH DER SCHILDDRUESENREGION - Ultraschallgesteuerte perkutane Drainage der Schilddrüsenregion. Alkoholisierung von Schilddrüsenknoten	61,50
06.11.1	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER SCHILDDRÜSE - Feinnadelbiopsie der Schilddrüse	43,40
06.11.2	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER SCHILDDRÜSE - Ultraschallgesteuerte Feinnadelbiopsie der Schilddrüse	61,50
06.13	H - N	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI BIOPSIE DER NEBENSCHILDDRÜSEN	67,10
34.24	H - N	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile PLEURABIOPSIE - Feinnadelbiopsie	129,10
34.91	H - N	TORACENTESI THORAKOZENTESE	93,00
34.91.1	H - N	TORACENTESI - TC-guidata THORAKOZENTESE - CT-gesteuert	165,30
40.11	N	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici. Biopsia di linfonodi ascellari LYMPHKNOTEN BIOPSIE - Biopsie von zervikalen, supraclavikularen und der Skalenuslymphknoten. Biopsie der axillären Lymphknoten	41,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
40.19.1	N	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN	59,30
40.19.2	N	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA CT-GESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN	104,60
41.31	N	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO KNOCHENMARKSBIOPSIE [NADELBIOPSIE]	34,90
43.11	H - I	POSIZIONAMENTO GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA POSITIONIERUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE	482,25
43.11.1	I	SOSTITUZIONE DI GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA ERSETZUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE	206,60
48.35	H - N	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale ENTFERNUNG EINER UMSCHRIEBENEN REKTUMLÄSION ODER VON GEWEBE AUS DEM REKTUM - Ausgenommen: Rektum-Biopsie (48.24), Entfernung von perirektalem Gewebe, Hämorrhoidektomie (49.46), Exzision von pelvirektalen Fisteln	34,90
49.01	N	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE INZISION EINES PERIANALABSZESSES	34,90
49.02	N	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale - Escluso: Fistulotomia anale (49.11) WEITERE PERIANALE INZISIONEN - Undercutting von Perianalgewebe - Ausgenommen: perianale Fistelspaltung (49.11)	34,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
49.11	N	FISTULOTOMIA ANALE - Extrasfinterica PERIANALE FISTELSPALTUNG - Extrasphinktärer Fisteln	34,90
49.23	N	BIOPSIA DELL' ANO BIOPSIEN DES ANUS	23,80
49.31	N	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica ENDOSKOPISCHE ABTRAGUNG ODER ENTFERNUNG VON LÄSIONEN ODER ANALEM GEWEBE - Abtragung von hypertrophen Analpapillen	41,80
49.39	N	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Asportazione o demolizione di ragadi anali - Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31) ANDERE ABTRAGUNG ODER ENTFERNUNG VON ANALEN LÄSIONEN ODER ANALEM GEWEBE - Abtragung oder Entfernung von Analrhagaden - Ausgenommen: endoskopische Abtragung (49.31)	41,80
49.42	N	INIEZIONI DELLE EMORROIDI HÄMORRHOIDENSKLEROSIERUNG	16,50
49.45	N	LEGATURA DELLE EMORROIDI LIGATUR DER HÄMORRHOIDEN	41,80
49.46	N	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS HÄMORRHOIDEKTOMIE - Hämorrhoidektomie NNB	41,80
49.47	N	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE ABTRAGUNG VON THROMBOSIERTEN HÄMORRHOIDALKNOTEN	41,80
49.59	N	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna) ANALE SPHINKTEROTOMIE - Sphinkterspaltung NNB (interne)	41,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
 ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
50.11	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO - Aspirazione diagnostica del fegato BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER LEBER - Diagnostische Aspiration von Lebergewebe	77,50
50.19.1	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO - Aspirazione diagnostica TC-guidata BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER LEBER - CT-gesteuerte diagnostische Aspiration	154,90
50.91	H - N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO - Alcolizzazione percutanea Eco-guidata - Escluso: Biopsia percutanea (50.11) PERKUTANE LEBERASPIRATION - US-gesteuerte perkutane Alkoholisierung - Ausgenommen: perkutane Biopsie (50.11)	154,90
51.12	H - N	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI - Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari PERKUTANE BIOPSIE DER GALLENBLASE UND DER GALLENWEGE - US-gesteuerte Nadelbiopsie der Gallenwege	87,80
53.00.1	HR - A	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EINSEITIGE OPERATION EINER DIREKTEN ODER INDIREKTEN INGUINALHERNIE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.140,00
53.00.2	HR - A	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EINSEITIGE OPERATION EINER DIREKTEN ODER INDIREKTEN INGUINALHERNIE MIT TRANSPLANTAT ODER PROTHESE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.140,00
53.21.1	HR - A	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EINSEITIGE OPERATION EINER FEMORALHERNIE MIT TRANSPLANTAT ODER PROTHESE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.505,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

03 CHIRURGIA GENERALE
 ALLGEMEINE CHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
53.29.1	HR - A	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EINSEITIGE OPERATION EINER FEMORALHERNIE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.433,60
53.41	HR - A	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo OPERATION EINER UMBILIKALHERNIE MIT PROTHESE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.617,00
53.49.1	HR - A	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo OPERATION EINER UMBILIKALHERNIE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.274,00
54.22	N	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO BIOPSIE DER BAUCHDECKE UND DES NABELS	20,90
54.24	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1) BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] VON INTRAABDOMINELLEN RAUMFORDERUNGEN - Ausgenommen: Nadel-PE Eileiter, Ovar (65.11), Peritoneum, der Parametrien, des Uterus (68.16.1)	62,00
54.24.1	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1) US- GESTEUERTE BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] VON INTRAABDOMINELLEN RAUMFORDERUNGEN - Ausgenommen: Feinnadelbiopsie der Tube, des Ovars (65.11), des Peritoneums, der Parametrien, des Uterus (68.16.1)	87,80
54.91	N	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) - Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93) PERKUTANE DRAINAGE DER ABDOMINALHÖHLE - Parazentese (Peritoneallavage) - Ausgenommen: Anlage einer kutan-peritonealen Fistel (54.93)	34,90

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

03 CHIRURGIA GENERALE
 ALLGEMEINE CHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
54.91.1	H - N	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE - Drenaggio delle regioni superficiali CT-GESTEUERTE PERKUTANE DRAINAGE DES ABDOMENS - Drainage oberflächlicher Bereiche	129,10
83.09	N	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI - Incisione della fascia. Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico - Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05) WEITERE WEICHTEILINZISIONEN - Fasziotomie. Inzision zur Fremdkörperentfernung unter Durchleuchtung - Ausgenommen: Inzision ausschließlich von Haut und Subcutis (86.01-86.05)	33,50
83.21	N	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11) WEICHTEIL-BIOPSIE - Ausgenommen: Biopsie der Thoraxwand, der Haut und der Subcutis (86.11)	33,50
83.21.1	N	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI ULTRASCHALLGESTEUERTE BIOPSIE DER WEICHTEILE	47,40
83.31	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano ENTFERNUNG VON VERÄNDERUNGEN AN SEHNEN - Entfernung von Sehnscheidenganglien, ausgenommen an der Hand	33,50
83.98	N	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI - Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25-99.29.9) INJEKTION VON THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN MIT LOKALER WIRKUNG IN WEICHTEILGEWEBE - Ausgenommen: Subkutane- oder intramuskuläre Injektionen (99.25-99.29.9)	7,00
85.0	N	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute). Mastotomia - Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi INZISION DER BRUST - Inzision der Haut der Brustdrüse. Inzision der Brustdrüse - Ausgenommen: Aspiration aus der Brustdrüse, Prothesenentfernung	29,80
85.11	N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER BRUSTDRÜSE	24,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

03 CHIRURGIA GENERALE
 ALLGEMEINE CHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
85.11.1	N	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA - Biopsia con ago sottile della mammella ULTRASCHALLGESTEUERTE BIOPSIE DER BRUSTDRÜSE - Feinnadelbiopsie der Brustdrüse	37,20
85.11.4	I	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI PERKUTANE STEREOTAKTISCH GESTÜTZTE VAKUUMBIOPSIE DER BRUST	839,00
85.12.1	H - I	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO CHIRURGISCHE BIOPSIE DER BRUST MIT ODER OHNE STEREOTAKTISCHER MARKIERUNG	74,40
85.20	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di ascesso mammario ENTFERNUNG ODER ZERSTÖRUNG VON BRUSTDRÜSENGEWEBE, NNB - Inzision von Brustdrüsenabszeß	29,80
85.21	N	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella - Escluso: Biopsia della mammella (85.11) ENTFERNUNG EINER UMSCHRIEBENEN BRUSTDRÜSENVERÄNDERUNG - Entfernung einer umschriebenen Brustdrüsenfibrose - Ausgenommen: Brustdrüsen-Biopsie (85.11)	29,80
85.21.1	N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata PERKUTANE ASPIRATION VON ZYSTEN DER BRUSTDRUESEN - Ultraschallgesteuert	37,20
86.01	N	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma ABSAUGUNG VON HAUT UND SUBKUTANGEWEBE - An Nägeln, an der Haut, am Subkutangewebe Absaugung von: Abszeß, Hämatom, Serom	7,80
86.02.1	N	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE SKLEROSIERUNG EINER PILONIDALSINUSFISTEL	15,50
86.03	N	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione INZISION EINER ZYSTE ODER EINES PILONIDALSINUS - Ausgenommen: Marsupialisation	26,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.04	N	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03) INZISION MIT DRAINAGE AN HAUT- UND SUBKUTANGEWEBE - Inbegriffen: Inzision eines Abszesses, eines Karbunkels oder einer Phlegmone. Ausgenommen: Drainage im Gesicht- und Mundbereich, Tenar- und Handflächenbereich von Zysten oder Pilonidalsinus (86.03)	37,20
86.05.1	N	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO - Estrazione di corpo estraneo profondo - Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29) INZISION UND ENTFERNUNG VON FREMDKÖRPERN AUS HAUT UND SUBKUTANGEWEBE - Extraktion von tiefliegenden Fremdkörpern - Ausgenommen: Fremdkörperentfernung ohne Inzision (98.20 - 98.29)	37,20
86.11	N	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO HAUTBIOPSIE, BIOPSIE DES SUBCUTANGEWEBES	13,90
86.22	N	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico - Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27). Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o pedunculato (86.75) ABTRAGEN VON WUNDEN, INFIZIERTEM GEWEBE ODER VERBRENNUNGEN - Abtragen von devitaltem Gewebe, Nekrosen, Nekrosenmasse - Ausgenommen: Débridement der Bauchdecke (Wunde), von Knochen- und Muskelgewebe, Hand- und Nagelgewebe (Nagelmatrix) (86.27). Débridement von Wunden, infizierten Wunden oder Verbrennungswunden (86.28) Schwenklappen oder gestielter Lappen (86.75)	17,00
86.23	N	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE ENTFERNUNG VON NAGELPLATTE, MATRIX UND NAGELFALZ	25,60
86.27	N	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) KÜRETTAGE VON NAGEL, NAGELMATRIX, NAGELFALZ - Entfernung von Nekrosen und Nekrosemassen Ausgenommen: Nagelentfernung, Entfernung von Nagelmatrix und Nagelfalz (86.23)	17,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

03 CHIRURGIA GENERALE
 ALLGEMEINE CHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.28	N	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione NAS. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta) TOILETTE VON WUNDEN, INFIZIERTEM GEWEBE ODER VERBRENNUNGSWUNDEN - Entfernung nicht andernorts spezifiziert. Abtragen von devitalisiertem Gewebe, Nekrosen und Nekrosenmassen nach folgenden Methoden: Brushing, Irrigation (unter Druck), Washing, Scrubbing. (Pro Sitzung)	8,40
86.81	N	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO WIEDERHERSTELLUNG VON DEFECTEN IM GESICHT	22,70
96.22	N	DILATAZIONE DEL RETTO REKTUMDILATATION	9,70
96.23	N	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE ANALE SPHINKTERDEHNUNG	9,70
96.26	N	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE MANUELLE REPOSITION EINES REKTUMPROLAPSES	11,60
96.27	N	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA MANUELLE REPOSITION EINES BRUCHSACKINHALTES	11,60
97.36	H - I	RIMOZIONE DI GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA - Incluso: endoscopia ENTFERNUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE - Inbegriffen: Endoskopie	62,00
98.18	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG EINES INTRALUMINAL GELEGENEN FREMDKÖRPERS AUS EINER KÜNSTLICHEN STOMA, OHNE INZISION	10,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**03 CHIRURGIA GENERALE
ALLGEMEINE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
98.20	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS FREMDKÖRPERENTFERNUNG, NNB	7,80
98.22	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione ENTFERNUNG EINES OBERFLÄCHLICH GELEGENEN FREMDKÖRPERS VON GESICHT UND HALS, OHNE INZISION - Fremdkörperentfernung ohne Inzision von Augenlid oder Konjunktiva	7,80
98.25	N	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCEP TO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AM RUMPF AUSSER SKROTUM, PENIS UND VULVA, OHNE INZISION	7,80
98.26	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AN DER HAND, OHNE INCISION	7,80
98.27	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCEP TO LA MANO, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AN DER OBEREN EXTREMITÄT AUßER AN DER HAND, OHNE INZISION	7,80
98.28	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AM VORFUß, OHNE INZISION	7,80
98.29	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCEP TO IL PIEDE, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AN DER UNTEREN EXTREMITÄT, AUßER AM VORFUSS, OHNE INZISION	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**04 CHIRURGIA PLASTICA
 PLASTISCHE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.02.2	N	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE INFILTRATION VON KELOIDEN	9,00
86.22	N	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico - Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27). Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o pedunculato (86.75) ABTRAGEN VON WUNDEN, INFIZIERTEM GEWEBE ODER VERBRENNUNGEN - Abtragen von devitalem Gewebe, Nekrosen, Nekrosenmasse - Ausgenommen: Débridement der Bauchdecke (Wunde), von Knochen- und Muskelgewebe, Hand- und Nagelgewebe (Nagelmatrix) (86.27). Débridement von Wunden, infizierten Wunden oder Verbrennungswunden (86.28) Schwenklappen oder gestielter Lappen (86.75)	17,00
86.24	N	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute CHEMOCHIRURGIE DER HAUT - Chemisches Peeling der Haut	7,20
86.25	N	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) - Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28) DERMABRASION - Mechanische- oder Laserdermabrasion (Pro Sitzung) - Ausgenommen: Dermabrasion einer Wunde zwecks Fremdkörperentfernung (86.28)	17,00
86.4	N	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti RADIKALE ENTFERNUNG EINER HAUTLÄSION - Weite Entfernung einer Hautläsion, welche die angrenzenden oder tieferliegenden Strukturen miteinschließt	28,40
86.59.1	N	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO ÄSTHETISCHE NAHT IM GESICHT	28,40
86.59.2	N	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm) ÄSTHETISCHE NAHT VON WUNDEN IN ANDEREN KÖRPERREGIONEN - Von geringem Ausmaß (bis 5 cm Länge)	8,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**04 CHIRURGIA PLASTICA
PLASTISCHE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.59.3	N	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO ANDERE ÄSTHETISCHE NAHT VON WUNDEN IN ANDEREN KÖRPERREGIONEN	11,40
86.60	H - N	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina HAUTTRANSPLANTAT, NNB - Ausgenommen: Konstruktion oder Rekonstruktion von Penis, Trachea, Vagina	206,60
86.61	H - N	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo VOLLHAUTTRANSPLANTAT DER HAND - Ausgenommen: heterologes und homologes Transplantat	258,20
86.62	H - N	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo ANDERES HAUTTRANSPLANTAT AN DER HAND - Ausgenommen: heterologes und homologes Transplantat	206,60
86.71	H - N	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI - Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione). Taglio parziale di peduncolo o lembo. Sezione di peduncolo di lembo VORBEREITUNG UND PRÄPARATION VON GESTIELTEN LAPPEN - Lappenvorbereitung (Autonomisierung). Teilsektion des Stieles oder des Lappens. Sektion des Lappenstieles	309,90
86.72	H - N	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO VERSCHIEBEN DES STIELLAPPENS	309,90
86.73	H - N	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita EINSCHWENKEN EINES STIELLAPPENS AUF DIE HAND - Ausgenommen: Rekonstruktion des Daumens oder Verlegung von Fingern	309,90
86.74	H - N	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo VERLAGERUNG EINES STIELLAPPENS IN ANDERE HAUTREGIONEN - Verlagerung von: Verschiebelappen, doppelt gestielten Lappen, Rotationslappen, Rundstiellappen, Tunnellappen	413,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**04 CHIRURGIA PLASTICA
PLASTISCHE CHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.75	H - N	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo. Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo) REVISION EINES STIELLAPPENS - Ablösen eines gestielten Lappens oder eines Lappens. Abtragen von Fettgewebe von einem gestielten Lappen oder Lappen (Verdünnen eines gestielten Lappens oder Lappens)	258,20
86.84	H - N	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano NARBENKORREKTUR ODER KORREKTUR VON NARBENZÜGEN - "Z"-Plastik an Hand und Finger	258,20
93.57.1	N	MEDICAZIONE DI USTIONI VERARZTUNG VON BRANDWUNDEN	9,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**05 CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
 GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
38.22	N	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12) PERKUTANE ANGIOSKOPIE - Kapillaroskopie - Ausgenommen : Angioskopie des Auges (95.12)	59,30
38.22.1	N	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12) KAPILLAROSKOPIE MIT VIDEOAUFNAHME - Ausgenommen : Angioskopie des Auges (95.12)	59,30
38.59	H - A	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della poplitea, safena, tibiale. Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami preintervento, intervento, medicazioni e rimozione punti, visita di controllo LIGATUR UND STRIPPING DER VARIZEN DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Stripping der VV. poplitea, saphena, tibialis - Falls durchgeführt, sind inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.320,20
38.59.1	H - A	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali - Escluse le safene. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo MINISTRIPPING [VARIZEKTOMIE] DER VENEN DER UNTEREN EXTREMITÄTEN - Stripping von Kollateralvenen. Ausgenommen: Stripping der V.saphena - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	299,00
38.59.2	H - A	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER - Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ENDOVENÖSE LASERTHERAPIE BEI VARIZEN - Falls durchgeführt, inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	850,00
38.60.1	I	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE INZISION OBERFLÄCHLICHER VENEN BEI THROMBOPHLEBITIS ODER VARICOPHLEBITIS	41,80
38.60.2	I	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA INZISION EINER THROMBOSIERTEN VENE NACH VERÖDUNGSBEHANDLUNG	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**05 CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
38.94	H - I	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS ODER EINES DOPPELTEN JUGULAR- ODER FEMORALKATHETERS [Dauerkatheter, Katheter mit patientkontrollierter Pumpe, mit Tunnel, mit Port]. Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	284,90
38.94.2	H - I	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA - Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS, PERKUTAN - Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	154,90
38.98	H - N	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48) ARTERIELLE PUNKTION - Intraarterielle Injektion - Ausgenommen: Punktion für Koronarangiographie und Arteriographie (88.42.1 - 88.48)	31,00
39.92	N	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42) INTRAVENÖSE INJEKTION SKLEROSIERENDER SUBSTANZEN - Ausgenommen : Injektion bei Ösophagusvarizen, Hämorrhoiden (49.42)	8,70
39.92.2	I	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI per patologia venosa □ Dallo stadio 2 e oltre. Escluso: vasi capillari. Escluso alcolizzazioni INTRAVENÖSE ULTRASCHALLGEZIELTE SCHAUMVERÖDUNG VON VARIZEN - Ab dem Stadium II. Ausgenommen: Verödung von Kapillaren. Ausgenommen: Alkoholverödung	99,00
88.71.2	N	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica TRANSKRANIELLE DOPPLERUNTERSUCHUNG - Mit Spektralanalyse nach physischem oder pharmakologischem Test	46,00
88.71.3	N	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO TRANSKRANIELLE FARBDOPPLER-UNTERSUCHUNG	49,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

05 CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
 GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.73.5	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica (FARB)DOPPLER ECHOGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	43,90
88.76.2	N	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali ULTRASCHALL DER GROßEN GEFÄßE DES ABDOMENS - Aorta abdominalis, große abdominelle Gefäße und paravasale Lymphknoten	32,00
88.77.1	N	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica ECHOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ARTERIELL ODER VENÖS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	24,80
88.77.2	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica (FARB)DOPPLERECHOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ODER ANDERER BEZIRKE ARTERIELL ODER VENÖS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	43,90
88.77.3	N	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI (LASER)DOPPLERGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN	23,20
89.58.1	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	18,60
89.58.2	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN UND UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	27,90
89.58.3	N	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico PHOTOPLETHYSMOGRAPHIE ANDERER BEZIRKE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung oder nach anästätischer Blockierung	18,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

05 CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
 GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.58.4	N	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica - Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8) VENÖSE VERSCHLUßPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung - Ausgenommen : Plethysmographie einer Extremität (89.58.8)	18,60
89.58.5	N	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica - Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8) VENÖSE VERSCHLUßPLETHYSMOGRAPHIE DER OBEREN UND UNTEREN EXTREMITÄTEN - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung - Ausgenommen : Plethysmographie einer Extremität (89.58.8)	27,90
89.58.6	N	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica PLETHYSMOGRAPHIE AM PENIS - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung	20,70
89.58.7	N	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico PLETHYSMOGRAPHIE ANDERER BEZIRKE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung oder nach anestaetischer Blockierung	18,60
89.58.8	N	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO PLETHYSMOGRAPHIE EINER EXTREMITÄT	18,60
89.59.2	I	DETERMINAZIONE CRUENTA PRESSIONE VENOSA CON TEST DI CARICO - Può essere codificata solo come prestazione singola, non in combinazione con i codici 89.62, 38.94, 97.83 BLUTIGE VENENDRUCKMESSUNG MIT BELASTUNGSTEST - Darf nur als Einzelleistung verwendet werden, nicht in Kombination mit 89.62, 38.94, 97.83	103,30
89.62	N	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE MONITORISIERUNG DES ZENTRALVENÖSEN DRUCKS	46,50
99.29.2	N	INIEZIONE PERIARTERIOSA PERIARTERIELLE INJEKTION	10,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**05 CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE	
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF	
99.97.3	I	MISURAZIONE E PRESCRIZIONE DI CALZA ELASTICA MAßABNAHME UND VERORDNUNG EINES KOMPRESSIONSSTRUMPFES	7,80	

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

06 DERMOSIFILOPATIA
 DERMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
64.19.2	N	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG AUF SPIROCHÄTEN	7,80
64.2	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11) ABTRAGEN ODER ZERSTÖREN VON PENISLÄSIONEN - Abtragung von Kondylomen. Ausgenommen: Penis-Biopsie (64.11)	29,80
70.33.1	N	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI ENTFERNUNG VON VAGINALEN CONDYLOMATA	29,80
71.30.1	N	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI ENTFERNUNG VON VULVA- ODER PERINEALCONDYLOMATA	19,80
71.90.1	N	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici ANDERE EINGRIFFE AM WEIBLICHEN GENITALE - Lasertherapie bei Dystrophien	29,80
86.11	N	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO HAUTBIOPSIE, BIOPSIE DES SUBCUTANGEWEBES	13,90
86.19.1	N	ELASTOMETRIA ELASTOMETRIE	4,30
86.19.2	N	SEBOMETRIA SEBOMETRIE	4,30
86.19.3	N	CORNEOMETRIA KORNEOMETRIE	5,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

06 DERMOSIFILOPATIA
 DERMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
86.19.4	N	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) MESSUNG DES TRANSEPIDERMALEN WASSERVERLUSTES (TEWL)	7,20
86.24	N	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute CHEMOCHIRURGIE DER HAUT - Chemisches Peeling der Haut	7,20
86.25	N	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) - Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28) DERMABRASION - Mechanische- oder Laserdermabrasion (Pro Sitzung) - Ausgenommen: Dermabrasion einer Wunde zwecks Fremdkörperentfernung (86.28)	17,00
86.26	I	LASERTERAPIA CUTANEA - Per seduta (ciclo di 5 sedute) LASERTHERAPIE DER HAUT - Pro Sitzung (Zyklus von 5 Sitzungen)	15,50
86.30.1	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO (Per seduta) ENTFERNUNG ODER LOKALE ZERSTÖRUNG EINER LÄSION ODER GEWEBE VON KUTANEM- UND SUBKUTANEM GEWEBE MITTELS KRYOTHERAPIE MIT FLÜSSIGEM STICKSTOFF (Pro Sitzung)	12,80
86.30.2	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO (Per seduta) ENTFERNUNG ODER LOKALE ZERSTÖRUNG EINER LÄSION ODER VON KUTANEM- UND SUBKUTANEM GEWEBE, MIT KOHLENSÄURESCHNEE ODER STICKOXID (Pro Sitzung)	12,80
86.30.3	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE (Per seduta) ENTFERNUNG ODER LOKALE ZERSTÖRUNG EINER LÄSION ODER VON KUTANEM- UND SUBKUTANEM GEWEBE, MITTELS KAUTERISATION ODER FULGURATION (Pro Sitzung)	12,80
89.39	I	MICRO - MACROFOTOGRAFIA DIGITALE DELLA CUTE DIGITALE MIKRO - MAKROPHOTOGRAPHIE DER HAUT	10,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

06 DERMOSIFILOPATIA
 DERMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.39.1	N	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA AUFLICHTMIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG VON HAUTLÄSIONEN	7,00
89.39.2	N	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA UNTERSUCHUNG VON HAUTLÄSIONEN AM BILDSCHIRM	7,00
89.39.3	N	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA BEURTEILUNG DER VIBRATORISCHEN SENSIBILITÄTSSCHWELLE	18,60
91.90.1	N	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE INSTRUMENTELLE ABKLÄRUNG PHYSIKALISCHER URTICARIA	6,00
91.90.2	N	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] FOTOBIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG LICHTBEDINGTER DERMATOSEN [FOTOPATCHTEST]	5,60
91.90.3	N	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] FOTOBIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG LICHTBEDINGTER DERMATOSEN [FOTOTEST]	4,70
91.90.4	N	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni) ALLERGOLOGISCHE UNTERSUCHUNG AUF INHALATIONSALLERGENE (Bis 7 Allergene)	11,60
91.90.5	N	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni) EPIKUTANTESTUNG [PATCH-TEST] (Bis 20 Allergene)	32,50
91.90.6	N	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni) PRICK- UND INTRACUTANTEST (TYP 1 REAKTION) (Bis 12 Allergene)	23,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**06 DERMOSIFILOPATIA
DERMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.82	N	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA - Attinoterapia. Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per ciclo di sei sedute BEHANDLUNG MIT ULTRAVIOLETTEM LICHT - Lichttherapie. Selektive UV-Therapie (UVA, UVB). Zyklus von sechs Sitzungen	8,80
99.82.2	I	PUVA - BALNEOTERAPIA - Per seduta. Ciclo di 8 sedute BALNEO-PUVA-THERAPIE - Pro Sitzung. Zyklus von 8 Sitzungen	15,50
99.97.3	I	MISURAZIONE E PRESCRIZIONE DI CALZA ELASTICA MAßABNAHME UND VERORDNUNG EINES KOMPRESSIONSSTRUMPFES	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.71.4	N	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi DIAGNOSTISCHER ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES - Ultraschall von: Speicheldrüsen, Lymphknoten, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	28,40
92.01.1	N	CAPTAZIONE TIROIDEA SCHILDDRÜSENUPTAKE	45,00
92.01.2	N	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE SCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE MIT UPTAKE MIT ODER OHNE PHARMAKODYNAMISCHER TESTS	46,10
92.01.3	N	SCINTIGRAFIA TIROIDEA SCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE	33,40
92.01.4	N	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI SCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE MIT UPTAKE MIT POSITIVEN MARKERN	179,70
92.02.1	N	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni). In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5 LEBERSZINTIGRAPHIE (3 Projektionen). Bei gleichzeitiger Durchführung der Tomographie auch 90.02.5 kodifizieren	64,60
92.02.2	N	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE - In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5 LEBERSZINTIGRAPHIE ZUR DIAGNOSTIK VON ANGIOMEN - Im Falle gleichzeitiger Durchführung der Tomographie auch 90.02.5 kodifizieren	115,00
92.02.3	N	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI HEPATOBIÄRE SEQUENZSZINTIGRAPHIE, EINSCHLIESSLICH GALLENBLASE, MIT ODER OHNE PHARMAKODYNAMISCHER TESTS, MIT ODER OHNE MESSUNG DER GALLENBLASENFUNKTION	103,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.02.4	N	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI - In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5 LEBERSZINTIGRAPHIE MIT POSITIVEN MARKERN - Bei gleichzeitiger Durchführung der Tomographie auch 90.02.5 kodifizieren	154,90
92.02.5	N	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA - In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco SPECT-LEBERSZINTIGRAPHIE - Bei planarer Durchführung mit einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	25,90
92.03.1	N	SCINTIGRAFIA RENALE - In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5 NIERENZINTIGRAPHIE - Bei gleichzeitiger Durchführung der Tomographie auch 90.03.5 kodifizieren	56,80
92.03.2	N	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA - In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco NIERENZINTIGRAPHIE MIT ANGIOSZINTIGRAPHIE - Bei Nierenzintigraphie bei einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	23,00
92.03.3	N	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE - Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche - Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale SEQUENTIELLE NIERENZINTIGRAPHIE - Sequentielle Studie der Nierenfunktion mit oder ohne pharmakodynamischer Tests - Inbegriffen: Messung der glomerulären Filtrationsrate und des plasmatischen Nierenflusses	112,30
92.03.4	N	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE - Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta STUDIUM DES VESCICoureTERALREFLUXES - Mit direkter Blasenzintigraphie während der Miction	74,40
92.03.5	N	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE - In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco SPECT-NIERENZINTIGRAPHIE - Bei planarer Durchführung mit einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	41,30
92.04.1	N	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE SEQUENTIELLE FUNKTIONSSZINTIGRAPHIE DER SPEICHELDRÜSEN	63,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.04.2	N	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE STUDIUM DER ÖSOPHAGUS-GASTRO-DUODENAL TRANSITZEITEN	51,70
92.04.3	N	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO STUDIUM DES GASTRO-ÖSOPHAGEALEN ODER DES DUODENOGASTRALEN REFLUXES	93,00
92.04.4	N	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE - Ricerca di diverticolo di Meckel con o senza stimolo farmacologico ORTUNG DER GASTROENTERALEN BLUTUNGSQUELLEN - Meckel- Divertikel Ortung mit oder ohne pharmakologischer Stimulation	103,30
92.04.5	N	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE STUDIUM DER INTESTINALEN PERMEABILITÄT	61,50
92.05.1	N	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO MYOKARDIALE PERFUSIONS-SZINTIGRAPHIE, IN RUHE UND NACH (PHYSISCHER ODER PHARAMAKOLOGISCHER) BELASTUNG, QUANTITATIVE STUDIE	187,00
92.05.2	N	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE - In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3 MYOKARDSZINTIGRAPHIE MIT INFARKTINDIKATOREN - Bei gleichzeitiger Durchführung der Tomographie auch 92.09.3 kodifizieren	51,70
92.05.3	N	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) - Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa (FIRST PASS) ANGIOKARDIOSZINTIGRAPHIE - Multiple Studien des kardialen Blutpools (First Pass), in Ruhe oder während (physischer oder pharmakologischer) Belastung, Studium der Wandkinetik und der Auswurfraction, quantitative Analyse	98,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.05.4	N	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO - Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa ÄQUILIBRIUMANGIOKARDIOSZINTIGRAPHIE - Multiple Studien des kardialen Blutpools, in Ruhe oder während (physischer oder pharmakologischer) Belastung, Studium der Wandkinetik und der Auswurfraction, quantitative Analyse	129,10
92.05.5	N	SCINTIGRAFIA SPLENICA MILZSZINTIGRAPHIE	90,10
92.05.6	N	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY KNOCHENMARKSZINTIGRAPHIE TOTAL BODY	108,50
92.09.1	* - N	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO MYOKARDIALE TOMOSZINTIGRAPHIE (PET) IN RUHE UND NACH BELASTUNG	1.071,70
92.09.2	N	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO MYOKARDIALE TOMOSZINTIGRAPHIE (SPECT) IN RUHE UND NACH BELASTUNG	134,80
92.09.3	N	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE - In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco MYOKARDIALE TOMOSZINTIGRAPHIE MIT INFARKTINDIKATOREN - Bei planarer Durchführung mit Infarktindikatoren, bei einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	41,30
92.09.4	N	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO BESTIMMUNG DES PLASMAVOLUMENS ODER DES ERYTHROZYTENVOLUMENS	46,20
92.09.5	N	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE, PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA) STUDIUM DER ERYTHROZYTENKINETIK, DIFFERENTIALKINETIK, FÜR ORGAN/GEWEBE (LEBER, MILZ)	179,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.09.6	N	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA KOMPLETTES STUDIUM DER EISENKINETIK	143,60
92.09.7	N	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO STUDIUM DER BLUTPLÄTTCHEN- ODER LEUKOZYTENKINETIK , MIT ODER OHNE DIFFERENZIIERTER ORTUNG FÜR ORGAN/GEWEBE	221,30
92.11.1	N	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO STATISCHE GEHIRNSZINTIGRAPHIE, KOMPLETTES STUDIUM	98,10
92.11.2	N	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO GEHIRNSZITNIGRAPHIE MIT ANGIOSZINTIGRAPHIE, KOMPLETTES SUDIUM	126,30
92.11.3	N	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI ÜBERPRÜFUNG DER LIQUORDYNAMIK	129,10
92.11.4	N	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR BESTIMMUNG UND ORTUNG VON RHINOLIQUORRHOE	206,60
92.11.5	N	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET) GEHIRN- TOMOSZINTIGRAPHIE (SPECT)	238,80
92.11.6	* - N	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) - Studio qualitativo GEHIRN-TOMOSZINTIGRAPHIE (PET) - Qualitative Bewertung	940,00
92.11.7	* - N	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) - Studio quantitativo GEHIRN-TOMOSZINTIGRAPHIE (PET) - Quantitative Bewertung	1.071,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.11.8	I	TOMOSCINTIGRAFIA METABOLICA (PET) METABOLISCHE TOMOSZINTIGRAPHIE (PET)	774,70
92.13	N	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI - Con tecnica di sottrazione - Incluso: Scintigrafia della tiroide NEBENSCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE - Mit Subtraktionstechnik - Inbegriffen: Schilddrüsenzintigraphie	191,10
92.14.1	N	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA KNOCHENSZINTIGRAPHIE ODER SEGMENTÄRE GELENKSSZINTIGRAPHIE	57,80
92.14.2	N	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA KNOCHENSZINTIGRAPHIE ODER SEGMENTÄRE POLIPHASISCHE GELENKSSZINTIGRAPHIE	78,40
92.14.3	I	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA (SPET) - In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco KNOCHENTOMOSZINTIGRAPHIE (SPECT) - Bei planarer Szintigraphie mit einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	36,20
92.15.1	N	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni) LUNGENPERFUSIONSSZINTIGRAPHIE (6 Projektionen)	68,50
92.15.2	N	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA LUNGENPERFUSIONSSZINTIGRAPHIE	198,60
92.15.3	N	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE - Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2) QUANTITATIVE UND DIFFERENZIERTE BEWERTUNG DER LUNGENFUNKTION - Eventuell zusätzlich bei der: Kombinierten Ventilations-/Perfusionsszintigraphie (92.15.1-92.15.2)	23,00
92.15.4	N	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO LUNGENSZINTIGRAPHIE MIT POSITIVEM INDIKATOR	169,50

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.15.5	N	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE - In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco LUNGEN-TOMOSZINTIGRAPHIE (SPECT) - Während der Lungenszintigraphie, mit einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	34,70
92.16.1	N	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA LYMPHSZINTIGRAPHIE UND SEGMENTÄRE LYMPHKNOTENSZINTIGRAPHIE	110,50
92.18.1	N	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI TOTAL BODY SZINTIGRAPHIE MIT POSITIVEN INDIKATOREN	213,60
92.18.2	N	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE KNOCHENSZINTIGRAPHIE ODER GELENKSSZINTIGRAPHIE	113,10
92.18.3	N	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI NACHWEIS VON METASTASEN BEI SCHILDDRÜSENTUMOREN	136,60
92.18.4	N	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE TOTAL BODY SZINTIGRAPHIE MIT AUTOLOGEN RADIOAKTIV MARKIERTEN ZELLEN	251,60
92.18.5	N	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI TOTAL BODY SZINTIGRAPHIE MIT IMMUNOLOGISCHEN UND REZEPTORSPEZIFISCHEN MARKERN	251,60
92.18.6	* - N	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) TOTAL BODY SZINTIGRAPHIE (PET)	1.071,70
92.18.8	I	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI - In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco TOMOSZINTIGRAPHIE (SPECT) MIT POSITIVEN MARKERN - Bei planarer Untersuchung mit einmaliger Verabreichung des Radiopharmakons	36,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**07 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: NUCLEARMEDIZIN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.19.1	N	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE SZINTIGRAPHIE DER NEBENNIERENRINDE	259,00
92.19.2	N	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE SZINTIGRAPHIE DES NEBENNIERENMARKS	293,50
92.19.3	N	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI HODENSZINTIGRAPHIE	51,70
92.19.4	I	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI MAMMASZINTIGRAPHIE MIT POSITIVEN MARKERN	103,30
92.19.5	N	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA) ANGIOSZINTIGRAPHIE (RADIOISOTOPISCHE ANGIO ODER VENENSZINTIGRAPHIE)	86,30
92.19.6	N	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY - Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali SEGMENTÄRE SZINTIGRAPHIE NACH TOTAL BODY SZINTIGRAPHIE - Mit oder ohne positiven Markern, autologen radiomarkierten Zellen, immunologischen und rezeptorspezifischen Markern	24,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
06.01	N	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA - Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea. Alcolizzazione noduli tiroidei ASPIRATION IM BEREICH DER SCHILDDRUESENREGION - Ultraschallgesteuerte perkutane Drainage der Schilddrüsenregion. Alkoholisierung von Schilddrüsenknoten	61,50
06.11.2	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER SCHILDDRÜSE - Ultraschallgesteuerte Feinnadelbiopsie der Schilddrüse	61,50
34.91.1	H - N	TORACENTESI - TC-guidata THORAKOZENTESE - CT-gesteuert	165,30
38.99.1	N	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC INJEKTION EINES KONTRASTMITTELS FÜR RADIOTHERAPEUTISCHE SIMULATION TC	25,80
38.99.2	N	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM INJEKTION EINES KONTRASTMITTELS FÜR RADIOTHERAPEUTISCHE SIMULATION RM	41,30
40.19.1	N	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA ULTRASCHALLGESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN	59,30
40.19.2	N	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA CT-GESTEUERTE NADELBIOPSIE VON LYMPHKNOTEN	104,60
50.19.1	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO - Aspirazione diagnostica TC-guidata BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER LEBER - CT-gesteuerte diagnostische Aspiration	154,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
50.91	H - N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO - Alcolizzazione percutanea Eco-guidata - Escluso: Biopsia percutanea (50.11) PERKUTANE LEBERASPIRATION - US-gesteuerte perkutane Alkoholisierung - Ausgenommen: perkutane Biopsie (50.11)	154,90
51.12	H - N	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI - Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari PERKUTANE BIOPSIE DER GALLENBLASE UND DER GALLENWEGE - US-gesteuerte Nadelbiopsie der Gallenwege	87,80
54.24.1	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1) US- GESTEUERTE BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] VON INTRAABDOMINELLEN RAUMFORDERUNGEN - Ausgenommen: Feinnadelbiopsie der Tube, des Ovars (65.11), des Peritoneums, der Parametrien, des Uterus (68.16.1)	87,80
54.91.1	H - N	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE - Drenaggio delle regioni superficiali CT-GESTEUERTE PERKUTANE DRAINAGE DES ABDOMENS - Drainage oberflächlicher Bereiche	129,10
60.11.1	N	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Agobiopsia Eco-guidata della prostata TRANSPERINEALE BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER PROSTATA - US - gesteuerte Nadelbiopsie der Prostata	48,30
63.99.1	H - A	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo SKLEROTISIERUNG BEI VARIKOZELE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.484,00
83.21.1	N	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI ULTRASCHALLGESTEUERTE BIOPSIE DER WEICHTEILE	47,40
85.11.1	N	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA - Biopsia con ago sottile della mammella ULTRASCHALLGESTEUERTE BIOPSIE DER BRUSTDRÜSE - Feinnadelbiopsie der Brustdrüse	37,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
85.11.4	I	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI PERKUTANE STEREOTAKTISCH GESTÜTZTE VAKUUMBIOPSIE DER BRUST	839,00
85.12.1	H - I	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO CHIRURGISCHE BIOPSIE DER BRUST MIT ODER OHNE STEREOTAKTISCHER MARKIERUNG	74,40
85.21.1	N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata PERKUTANE ASPIRATION VON ZYSTEN DER BRUSTDRUESEN - Ultraschallgesteuert	37,20
87.03	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC del cranio [sella turcica, orbite]. TC dell' encefalo COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER KOPFREIGION - CT des Schädels [Sella Turzika, Orbitae]. CT des Gehirns	83,20
87.03.1	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO - TC del cranio [sella turcica, orbite]. TC dell' encefalo COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER KOPFREIGION, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Schädels [Sella Turzika, Orbitae]. CT des Gehirns	138,00
87.03.2	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE - TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2) COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES GESICHTSSCHÄDELS - CT des Gesichtsschädels [Maxilla, Nasennebenhöhlen, Ethmoid, Temporomandibulargelenke]. Im Falle einer dreidimensionalen Rekonstruktion auch (88.90.2) kodifizieren	89,40
87.03.3	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2) COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES GESICHTSSCHÄDELS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Gesichtsschädels [Maxilla, Nasennebenhöhlen, Ethmoid, Temporomandibulargelenke]. Im Falle einer dreidimensionalen Rekonstruktion auch (88.90.2) kodifizieren	148,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.03.4	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN] - TC dei denti (arcata superiore o inferiore) COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER ZAHNREIHEN [DENTALSCAN] - CT der Zähne (obere oder untere Zahnreihe)	103,30
87.03.5	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO - TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES OHRES - CT des Ohres [Mittel- und Innenohr, Felsenbeine und Mastoid, Schädelbasis und Kleinhirnbrückenwinkel]	83,20
87.03.6	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO - TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES OHRES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Ohres [Mittel- und Innenohr, Felsenbeine und Mastoid, Schädelbasis und Kleinhirnbrückenwinkel]	148,00
87.03.7	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO - TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER HALSREGION - CT der Halsregion [Speicheldrüsen, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Pharynx, Larynx, zervikaler Ösophagus]	83,20
87.03.8	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO - TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER HALSREGION, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT der Halsregion [Speicheldrüsen, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Pharynx, Larynx, zervikaler Ösophagus]	140,00
87.03.9	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI - Scialo-Tc COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER SPEICHELDRÜSEN - Sialo - CT	83,20
87.04.1	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DES LARYNX	31,00
87.05	H - N	DACRIOCISTOGRAFIA DACRYOZYSTOGRAPHIE	85,20

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.06	N	FARINGOGRAFIA - Incluso: esame diretto PHARYNGOGRAPHIE - Inbegriffen: Leeraufnahme	30,50
87.06.1	N	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI - Scialografia (4 proiezioni) - Incluso: esame diretto RÖNTGENAUFNAHME DER SPEICHELDRÜSEN MIT KONTRASTMITTEL - Sialographie (4 Projektionen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	54,70
87.07	N	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO - (4 radiogrammi) - Incluso: esame diretto LARYNGOGRAPHIE MIT KONTRASTMITTEL - (4 Röntgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	46,50
87.09.1	N	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO - Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari. In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1 RÖNTGENAUFNAHME DER WEICHTEILE DES GESICHTES, DES KOPFES UND DES HALSES - Leeraufnahme (2 Projektionen) von: Larynx, Rhinopharynx, Speicheldrüsen. Im Falle einer gleichzeitigen Durchführung von Schichtaufnahmen der Speicheldrüsen auch 88.90.1 kodifizieren	15,20
87.09.2	N	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE - Con videoregistrazione RÖNTGENAUFNAHME DES PHARYNGO-CRICO-OESOPHAGO-CARDIALEN TRAKTES - Mit Videoregistration	66,60
87.11.1	N	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA - Superiore o inferiore RÖNTGENAUFNAHME DER ZAHNREIHEN - Obere oder untere	10,30
87.11.2	N	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA - Superiore o inferiore RÖNTGENAUFNAHME MIT OKKLUSION DER ZAHNREIHEN - Obere oder untere	9,30
87.11.3	N	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT) ORTHOPANTOMOGRAPHIE DER ZAHNREIHEN - Komplette obere und untere Zahnreihe (OPT)	20,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.11.4	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATI DENTARIE TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DER ZAHNREIHEN	24,30
87.12.1	N	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO - Per cefalometria ortodontica TELERADIOGRAPHIE DES SCHÄDELS - Für orthodontische Kefalomethrie	10,30
87.12.2	N	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA - Radiografia endorale (1 radiogramma) WEITERE ZAHNAUFNAHME - Endorale Röntgenaufnahme (1 Röntgenaufnahme)	6,20
87.13.1	N	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO - Monolaterale (4 proiezioni) - Incluso: esame diretto ARTHROGRAPHIE DES KIEFERGELENKES MIT KONTRASTMITTEL - Monolateral (4 Projektionen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	67,10
87.13.2	N	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO - Bilaterale - Incluso: esame diretto ARTHROGRAPHIE DER KIEFERGELENKE MIT KONTRASTMITTEL - Bilateral - Inbegriffen: Leeraufnahme	84,70
87.16.1	N	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA - Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola WEITERE RÖNTGENAUFNAHME DES GESICHTSSCHÄDELS - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) der : Orbitae, ossa mastoidea [Felsenbeine, foramina optica], Nasenbeine, Temporomandibulargelenk, Hemimandibula	15,00
87.16.2	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE - Basale e dinamica bilaterale - Incluso: esame diretto TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DER KIEFERGELENKE - Basal und dynamisch beidseits - Inbegriffen: Leeraufnahme	53,20
87.16.3	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE - Monolaterale - Incluso: esame diretto. Escluso: Stratigrafia articolazione temporo-mandibolare basale e dinamica (87.16.2) TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DES KIEFERGELENKES - Monolateral - Inbegriffen: Leeraufnahme. Ausgenommen: basale und dynamische Stratigraphie der Temporomandibulargelenke beidseits (87.16.2)	26,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.16.4	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE - Bilaterale - Incluso: esame diretto - Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2) TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DER KIEFERGELENKE - Beidseits - Inbegriffen: Leeraufnahme - Ausgenommen: basale und dynamische Stratigraphie der Kiefergelenke beidseits (87.16.2)	44,40
87.17.1	N	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI - Cranio in tre proiezioni RÖNTGENAUFNAHMEN DES SCHÄDELS UND DER NASENNEBENHÖHLEN - Schädel in drei Projektionen	22,20
87.17.2	N	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA - (2 proiezioni) RÖNTGENAUFNAHME DES TÜRKENSATTELS - (2 Projektionen)	15,20
87.17.3	N	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI - (2 proiezioni) RADIOLOGISCHE KONTROLLE VON LIQUORABLEITUNGEN - (2 Projektionen)	17,30
87.22	N	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE - (2 proiezioni). Esame morfodinamico della colonna cervicale RÖNTGENAUFNAHME DER HALSWIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Morphodynamische Untersuchung der Halswirbelsäule	18,10
87.23	N	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) - (2 proiezioni). Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale RÖNTGENAUFNAHME DER BRUSTWIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Morphodynamische Untersuchung der Brustwirbelsäule zum Zwecke der Wirbelmorphometrie	17,30
87.24	N	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE - (2 proiezioni). Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale RÖNTGENAUFNAHME DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Röntgenaufnahmen der lumbosakralen oder sakrococcygealen Wirbelsäule, morphodynamische Untersuchung der lumbosakralen Wirbelsäule, lumbosakrale Wirbelsäule zum Zwecke der Wirbelmorphometrie	17,30

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.29	N	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA - (2 proiezioni). Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER WIRBELSÄULE - (2 Projektionen). Komplette Röntgenaufnahme der Wirbelsäule und des Beckens unter Belastung	34,60
87.35	N	GALATTOGRAFIA GALAKTOGRAPHIE	68,20
87.37.1	N	MAMMOGRAFIA BILATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE BEIDSEITS - (2 Projektionen)	34,90
87.37.2	N	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - (2 proiezioni) MAMMOGRAPHIE EINSEITIG - (2 Projektionen)	23,00
87.37.3	N	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA PNEUMOZYSTOGRAPHIE DER BRUST	32,00
87.38	N	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA - (Minimo 2 radiogrammi) FISTULOGRAPHIE DER THORAXWAND - (Mindestens 2 Roentgenaufnahmen)	54,20
87.41	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]	86,30
87.41.1	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES THORAX, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT des Thorax [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]	140,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.42.1	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE - Tomografia bilaterale polmonare TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DES THORAX BEIDSEITS - Tomographie der Lunge beidseits	49,10
87.42.2	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE - Tomografia monolaterale polmonare TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DES THORAX EINSEITIG - Tomographie der Lunge einseitig	34,60
87.42.3	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DES MEDIASTINUMS	40,00
87.42.6	I	TC CORONAROGRAFIA CT KORONAROGRAPHIE	200,00
87.43.1	N	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni). Scheletro toracico costale bilaterale RÖNTGENAUFNAHMEN DER RIPPEN, DES STERNUMS UND DER CLAVICULA - (3 Projektionen). Knöchernes Thoraxskelett beidseits	24,30
87.43.2	N	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (2 proiezioni). Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola WEITERE RÖNTGENAUFNAHMEN DER RIPPEN, DES STERNUMS UND DER CLAVICULA - (2 Projektionen). Knoechernes Thoraxskelett einseitig, Sternum, Clavicula	16,00
87.44.1	N	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS - Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]. (2 proiezioni) RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX, NNB - Standard-Röntgenaufnahme des Thorax [Teleradiographie, Herzfernaufnahme]. (2 Projektionen)	15,50
87.44.2	N	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO - (4 proiezioni) HERZFERNAUFNAHME MIT KONTRASTIERTEM ÖSOPHAGUS - (4 Projektionen)	31,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.49.1	N	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA - (2 proiezioni). In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1 RÖNTGENAUFNAHME DER TRACHEA - (2 Projektionen). Im Falle einer gleichzeitigen Durchführung einer Stratigraphie der Trachea auch 88.90.1 kodifizieren	15,00
87.52	N	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA - Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari INTRAVENÖSE CHOLANGIOGRAPHIE - Inbegriffen: Leeraufnahme und Tomographie der Gallenwege	68,70
87.54.1	H - N	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR - Incluso: esame diretto CHOLANGIOGRAPHIE TRANS-KEHR - Inbegriffen: Leeraufnahme	44,40
87.59.1	N	COLECISTOGRAFIA - Incluso: esame diretto e prova di Bronner CHOLEZYSTOGRAPHIE - Inbegriffen: Leeraufnahme und Probe nach Bronner	50,10
87.61	N	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE - Pasto baritato (9 radiogrammi) - Incluso: Radiografia dell' esofago KOMPLETTE RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES GASTROINTESTINALTRAKTES - Bariumbrei (9 Röntgenaufnahmen) - Inbegriffen: Röntgenuntersuchung des Ösophagus	70,50
87.62	N	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE - Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi) RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES OBEREN GASTROINTESTINALTRAKTES - Darstellung des oberen Gastrointestinaltraktes (Ösophagus, Magen und Duodenum) (6 Röntgenaufnahmen)	50,10
87.62.1	N	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES ÖSOPHAGUS MIT KONTRASTMITTEL	37,40
87.62.2	N	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES ÖSOPHAGUS MIT DOPPELKONTRAST	47,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.62.3	N	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES MAGENS UND DUODENUMS MIT DOPPELKONTRAST	59,40
87.63	N	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE FRAKTIONIERTER UNTERSUCHUNG DES DÜNNDARMS	45,50
87.64	N	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE - Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi) RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES UNTEREN GASTROINTESTINALTRAKTES - Magen- Darmpassage (Duendarm und Colon) (5 Roentgenaufnahmen)	30,00
87.65.1	N	CLISMA OPACO SEMPLICE KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG DES DICKDARMS	51,70
87.65.2	N	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO DOPPELKONTRASTUNTERSUCHUNG DES DICKDARMS	91,70
87.65.3	N	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO DÜNNDARMPASSAGE MIT DOPPELKONTRAST	141,00
87.66	H - N	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO - Wirsungrafia RÖNTGENUNTERSUCHUNG DES PANKREAS MIT KONTRASTMITTEL - Wirsungraphie	59,70
87.69.1	N	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE - Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale WEITERE DIAGNOSTISCHE ABKLÄRUNG IM BEREICH DES VERDAUUNGSTRAKTES - Defaekographie, Dickdarmdarstellung fuer anorektale Atresie	63,30

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.71	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI - Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER NIEREN - Inbegriffen: Nierenloggen, Nebennieren, Nebennierenloggen, Psoasmuskel, Retroperitoneum	95,00
87.71.1	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO - Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER NIEREN, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Einschließlich: Nierenloggen, Nebennieren, Nebennierenloggen, Psoasmuskel, Retroperitoneum	149,30
87.72	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE - Tomografia regioni renali, nefropielotomografia - Incluso: esame diretto TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] DER NIEREN - Tomographie der Niere loggen, Nephropyelotomographie - Inbegriffen: Leeraufnahme	31,00
87.73	N	UROGRAFIA ENDOVENOSA - Incluso: esame diretto e nefropielotomografia INTRA VENÖSE UROGRAPHIE - Inbegriffen: Leeraufnahme und Nephropyelotomographie	89,40
87.74.1	H - N	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE - (6 radiogrammi) - Incluso: esame diretto RETROGRADE PYELOGRAPHIE EINSEITIG - (6 Roentgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	68,70
87.74.2	H - N	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE - (8 radiogrammi) - Incluso: esame diretto RETROGRADE PYELOGRAPHIE BEIDSEITS - (8 Roentgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	91,90
87.75.1	N	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA TRANSPYELOSTOMISCHE PYELOGRAPHIE	43,40
87.76	H - N	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA - Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi) RETROGRADE ZYSTOURETHROGRAPHIE - Aszendierende Urethrozystographie mit Miktion (6 Röntgenaufnahmen)	66,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
87.76.1	N	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE MIKTIONSZYSTOURETHROGRAPHIE	53,70
87.77	N	CISTOGRAFIA - (4 radiogrammi) - Incluso: esame diretto ZYSTOGRAPHIE - (4 Röntgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	48,30
87.77.1	N	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO - (6 radiogrammi) - Incluso: esame diretto ZYSTOGRAPHIE MIT DOPPELKONTRAST - (6 Röntgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	68,70
87.79	N	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO - Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi) RÖNTGENAUFNAHME DES HARNAPPARATES - Leeraufnahme des Harnapparates (2 Röntgenaufnahmen)	19,40
87.79.1	N	URETROGRAFIA - (3 radiogrammi) URETHROGRAPHIE - (3 Röntgenaufnahmen)	43,90
87.83	N	ISTEROSALPINGOGRAFIA - (6 radiogrammi) - Incluso: esame diretto HYSTEROSALPINGOGRAPHIE - (6 Röntgenaufnahmen) - Inbegriffen: Leeraufnahme	108,50
87.89.1	N	COLPOGRAFIA - (4 radiogrammi) KOLPOGRAPHIE - (4 Röntgenaufnahmen)	55,80
87.99.1	N	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE EINFACHE CAVERNOSOGRAPHIE	72,30
87.99.2	N	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA DYNAMISCHE CAVERNOSOGRAPHIE	73,90

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.01.1	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE - Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES OBERBAUCHES - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Retroperitoneum, Magen, Duodenum, Dünndarm, große abdominelle Gefäße, Nieren und Nebennieren	88,30
88.01.2	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES OBERBAUCHES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Retroperitoneum, Magen, Duodenum, Dünndarm, große abdominelle Gefäße, Nieren und Nebennieren	150,00
88.01.3	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE - Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES UNTERBAUCHES - Inbegriffen: kleines Becken, Colon und Rektum, Harnblase, Uterus und Adnexen oder Prostata	88,30
88.01.4	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES UNTERBAUCHES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Inbegriffen: kleines Becken, Colon und Rektum, Harnblase, Uterus und Adnexen oder Prostata	141,00
88.01.5	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES GESAMTEN ABDOMENS	115,20
88.01.6	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES GESAMTEN ABDOMENS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL	176,00
88.01.9	I	TC COLON. Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6. CT COLON. Inbegriffen: Extraintestinales Abdomen und virtuelle Koloskopie; nicht in Kombination mit 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	220,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.02.1	I	TC UROGRAFIA. Incluso eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6. URO - CT; Inbegriffen: benachbarte Abdominalstrukturen der Harnwege; nicht in Kombination mit 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	227,00
88.03.1	N	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME - (4 radiogrammi) FISTULOGRAPHIE DER ABDOMINALWAND UND/ODER DES ABDOMENS - (4 Roentgenaufnahmen)	54,20
88.04	N	LINFOGRAFIA ADDOMINALE ABDOMINELLE LYMPHOGRAPHIE	126,00
88.19	N	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME - (2 proiezioni) RÖNTGENAUFNAHME DES ABDOMENS - (2 Projektionen)	19,40
88.21	N	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE - Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale RÖNTGENAUFNAHME DER SCHULTER UND DER OBEREN EXTREMITÄET - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Schulter, Arm, Schultergürtel	17,80
88.22	N	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO - Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio RÖNTGENAUFNAHME DES ELLBOGENS UND DES UNTERARMES - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Ellbogen, Unterarm	15,00
88.23	N	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO - Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano RÖNTGENAUFNAHME DES HANDGELENKES UND DER HAND - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Handgelenk, Hand, Finger	14,20
88.25	N	PELVIMETRIA PELVIMETRIE [BECKENMESSUNG]	17,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.26	N	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA - Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca RÖNTGENAUFNAHME DES BECKENS UND DER HÜFTE - Röntgenaufnahme des Beckens, Röntgenaufnahme der Hüfte	17,60
88.27	N	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA - Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba RÖNTGENAUFNAHME DES OBERSCHENKELS, DES KNIES UND DES UNTERSCHENKELS - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	21,20
88.28	N	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA - Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede RÖNTGENAUFNAHME DES FUßES UND DES SPRUNGGELENKES - Röntgenaufnahmen (2 Projektionen) von: Sprunggelenk, Fuß [Fersenbein], Zehen	17,80
88.29.1	N	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER UNTEREN EXTREMITÄTEN UND DES BECKENS UNTER BELASTUNG	30,20
88.29.2	N	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA - (3 proiezioni) AXIALE RÖNTGENAUFNAHME DER KNIESCHEIBE - (3 Projektionen)	26,30
88.30	I	RADIOGRAFIA IN ADDUZIONE FORZATA DI ARTICOLAZIONI GEHALTENE RÖNTGENAUFNAHME DER GELENKE	20,70
88.31	N	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO - [Scheletro per patologia sistemica] ROENTGENAUFNAHME DES GESAMTEN SKELETTES - [Skelett bei systemischer Erkrankung]	90,40
88.31.1	N	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE BABYGRAMM	22,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.32	N	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO - (4 proiezioni) - Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2) ARTHROGRAPHIE MIT KONTRASTMITTEL - (4 Projektionen) - Ausgenommen: jene der Temporomandibulargelenke (87.13.1, 87.13.2)	82,10
88.33.1	N	STUDIO DELL' ETA' OSSEA - (1 proiezione) polso-mano o ginocchia RÖNTGENBESTIMMUNG DES KNOCHENALTERS - (1 Projektion) Handgelenk - Hand oder Knie	12,10
88.33.2	N	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] EINES SKELETTSEGMENTES	31,50
88.35.1	N	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE - (Minimo 2 radiogrammi) FISTULOGRAPHIE DER OBEREN EXTREMITÄT - (Mindestens 2 Röntgenaufnahmen)	54,20
88.37.1	N	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE - (Minimo 2 radiogrammi) FISTULOGRAPHIE DER UNTEREN EXTREMITÄT - (Mindestens 2 Röntgenaufnahmen)	54,20
88.38.1	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale - Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3 COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER WIRBELSÄULE UND DES WIRBELKANALS - CT der Wirbelsäule [zervikal, thorakal, lumbosakral] - Inbegriffen: Untersuchung von 3 Wirbelkörpern und 2 Zwischenwirbelräumen. Im Falle der Untersuchung eines weiteren Wirbelkörpers oder Zwischenwirbelraumes auch 88.90.3 kodifiziere	86,30
88.38.2	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale - Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3 COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER WIRBELSÄULE UND DES WIRBELKANALS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT der Wirbelsäule [zervikal, thorakal, lumbosakral] - Inbegriffen: Untersuchung von 3 Wirbelkörpern und 2 Zwischenwirbelräumen. Im Falle der Untersuchung eines weiteren Wirbelkörpers oder Zwischenwirbelraumes auch 88.90.3 kodifizieren	137,90

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.38.3	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE - TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER OBEREN EXTREMITÄT - CT von: Schulter und Oberarm [Schulter, Oberarm], Ellbogen und Unterarm [Ellbogen, Uterarm], Handgelenk und Hand [Handgelenk, Hand]	90,90
88.38.4	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER OBEREN EXTREMITÄT, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT von: Schulter und Oberarm [Schulter, Oberarm], Ellbogen und Unterarm [Ellbogen, Unterarm], Handgelenk und Hand [Handgelenk, Hand]	144,10
88.38.5	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO - TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES BECKENS - CT von: Becken und Iliosakralgelenke	86,50
88.38.6	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE - TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER UNTEREN EXTREMITÄT - CT von: Coxofemoralgelenk und Oberschenkel [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel], Knie und Unterschenkel [Knie, Unterschenkel], Sprunggelenk und Fuss [Sprunggelenk, Fuß]	86,50
88.38.7	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede] COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER UNTEREN EXTREMITÄT, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - CT von: Coxofemoralgelenk und Oberschenkel [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel], Knie und Unterschenkel [Knie, Unterschenkel], Sprunggelenk und Fuß [Sprunggelenk, Fuss]	137,90
88.38.8	N	ARTRO TC - Spalla o gomito o ginocchio ARTHRO-CT - Schulter oder Ellbogen oder Knie	150,80
88.39.1	N	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO - (2 proiezioni) RADIOLOGISCHE FREMDKÖRPERLOKALISATION - (2 Projektionen)	15,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.42.1	H - N	AORTOGRAFIA - Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico AORTOGRAPHIE - Digitale arterielle Angiographie der Aorta und des Aortenbogens	283,30
88.42.2	H - N	AORTOGRAFIA ADDOMINALE - Angiografia digitale dell' aorta addominale ABDOMINELLE AORTOGRAPHIE - Digitale Angiographie der Aorta abdominalis	283,30
88.48	H - N	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE ARTERIOGRAPHIE DER UNTEREN EXTREMITÄT	283,30
88.60.1	H - N	FLEBOGRAFIA SPINALE - Cervicale, dorsale, lombare SPINALE PHLEBOGRAPHIE - Cervical, dorsal, lumbar	263,90
88.61.1	H - N	FLEBOGRAFIA ORBITARIA PHLEBOGRAPHIE DER VENA ORBITALIS	98,10
88.61.2	H - N	FLEBOGRAFIA GIUGULARE PHLEBOGRAPHIE DER VENA JUGULARIS	256,70
88.63.1	H - N	CAVOGRAFIA SUPERIORE OBERE CAVOGRAPHIE	256,70
88.63.2	H - N	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE - Monolaterale PHLEBOGRAPHIE DER OBEREN EXTREMITÄT - Einseitig	246,40
88.65.1	H - N	CAVOGRAFIA INFERIORE UNTERE CAVOGRAPHIE	246,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.65.2	H - N	FLEBOGRAFIA RENALE RENALE PHLEBOGRAPHIE	246,40
88.65.3	H - N	FLEBOGRAFIA ILIACA - Bilaterale ILIACALE PHLEBOGRAPHIE - Beidseits	256,70
88.65.4	H - I	FLEBOGRAFIA SPERMATICA PHLEBOGRAPHIE DER VENA SPERMATICA	278,90
88.66.1	H - N	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Monolaterale PHLEBOGRAPHIE DER UNTEREN EXTREMITÄT - Einseitig	246,40
88.66.2	H - N	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Bilaterale PHLEBOGRAPHIE DER UNTEREN EXTREMITÄTEN - Beidseits	285,10
88.71.1	N	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia tranfontanellare ECHOENZEPHALOGRAPHIE - Transkranieller Ultraschall	31,30
88.71.4	N	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi DIAGNOSTISCHER ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES - Ultraschall von: Speicheldrüsen, Lymphknoten, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	28,40
88.72.1	N	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3 ULTRASCHALL DES HERZENS - Ein- und zweidimensionale Echokardiographie. Nicht vereinbar mit 88.72.2 und 88.72.3	51,70
88.72.2	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA - A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3 ECHO-DOPPLER-KARDIOGRAPHIE - In Ruhe. Nicht vereinbar mit 88.72.1 und 88.72.3	60,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.72.3	H - N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA - A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2 FARB-DOPPLER-ECHOKARDIOGRAPHIE - In Ruhe oder nach physischer oder pharmakologischer Belastung. Nicht vereinbar mit 88.72.1 und 88.72.2	62,00
88.72.5	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE FETALE (FARB-DOPPLER)ECHOKARDIOGRAPHIE	41,30
88.72.6	HR - I	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC. A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.7 (FARB) DOPPLER ECHOKARDIOGRAPHIE OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL. In Ruhe. Nicht vereinbar mit 88.72.1, 88.72.2 und 88.72.7	102,50
88.72.7	HR - I	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.6 (FARB) DOPPLER ECHOKARDIOGRAPHIE OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL. In Ruhe und unter physischer oder pharmakologischer Belastung. Nicht vereinbar mit 88.72.1, 88.72.2 und 88.72.6	113,95
88.73.1	N	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Beidseits	35,90
88.73.2	N	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Monolaterale ULTRASCHALL DER BRUSTDRÜSE - Einseitig	21,20
88.73.3	N	ECOGRAFIA POLMONARE ULTRASCHALL DER LUNGE	35,90
88.73.4	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA ECHO(COLOR)DOPPLER DER BRUSTDRÜSE	30,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.74.1	N	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE - Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo - Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Nieren und Nebennieren, Retroperitoneum - Ausgenommen: Ultraschall des gesamten Abdomens (88.76.1)	43,90
88.74.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI ECHO(COLOR)DOPPLER DER LEBER UND GALLENWEGE	43,40
88.74.3	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS ECHO(COLOR)DOPPLER DER BAUCHSPEICHELDRÜSE	43,40
88.74.4	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA ECHO(COLOR)DOPPLER DER MILZ	43,40
88.74.5	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI ECHO(COLOR)DOPPLER DER NIEREN UND NEBENNIEREN	34,10
88.75.1	N	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE - Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile - Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES - Inbegriffen: Harnleiter, Harnblase, männliches und weibliches inneres Genitale - Ausgenommen: Ultraschall des gesamten Abdomens (88.76.1)	32,00
88.75.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE - Vescica e pelvi maschile o femminile. Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler ECHO (COLOR) DOPPLER DES UNTERBAUCHES - Beurteilung der männlichen oder weiblichen Harnblase und Becken. Geburtshilflicher oder gynäkologischer Us mit dopplerflussimetrischer Messung	50,10
88.76.1	N	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO - Non associabile a 88.74.1 e 88.75.1 ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS - Der Code kann nicht in Verbindung mit den Codes 88.74.1 und 88.75.1 verwendet werden	60,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.76.2	N	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali ULTRASCHALL DER GROßEN GEFÄßE DES ABDOMENS - Aorta abdominalis, große abdominelle Gefäße und paravasale Lymphknoten	32,00
88.78.1	N	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione ULTRASCHALL DER OVARIEN - Follikelmessung	23,00
88.79.1	N	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO ULTRASCHALL DER HAUT UND DES SUBKUTANGEWEBES	28,40
88.79.2	N	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca OSTEOARTIKULÄRER ULTRASCHALL - Ultraschall des Beckens zum Screening der kongeniten Hüftluxation	32,50
88.79.3	N	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA ULTRASCHALL DER MUSKELN UND SEHNEN	28,40
88.79.4	N	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE TRANSOESOPHAGEALER ULTRASCHALL DES THORAX	50,60
88.79.5	N	ECOGRAFIA DEL PENE ULTRASCHALL DES PENIS	31,00
88.79.6	N	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI ULTRASCHALL DER HODEN	31,00
88.79.7	N	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE TRANSVAGINALER ULTRASCHALL	43,40

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.79.8	N	ECOGRAFIA TRANSRETTALE TRANSREKTALER ULTRASCHALL	43,40
88.83.1	N	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - Scheletro in toto e colonna OSTEOARTIKULÄRE TELETERMOGRAPHIE - Gesamtes Skelett und Wirbelsaeule	25,30
88.85	N	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA - Bilaterale TELETERMOGRAPHIE DER BRUSTDRÜSE - Beidseits	25,30
88.89	N	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI TELETERMOGRAPHIE DER WEICHTEILE	25,30
88.90.1	N	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: - Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1) EVENTUELLE GLEICHZEITIGE TOMOGRAPHIE [STRATIGRAPHIE] ZUR UNTERSUCHUNG VON: - Speicheldrüsen (87.09.1) Trachea (87.49.1)	15,00
88.90.2	N	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC - Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5) DREIDIMENSIONALE REKONSTRUKTION MITTELS CT - Dreidimensionale Rekonstruktion im Rahmen von: CT des Gesichtsschädels (87.03.2, 87.03.3), densitometrische Studie (92.29.5)	20,10
88.90.3	N	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DER WIRBELSÄULE UND DES WIRBELKANALS - Zwischenwirbelraum oder zusätzlicher Wirbelkörper im Rahmen von CT der Wirbelsäule [zervikal, thorakal, lumbosakral]	29,40
88.90.4	I	ANGIOGRAFIA CON TC SPIRALE [ANGIO TC] - Da codificare esclusivamente in caso di rappresentazione di strutture vascolari mediante ricostruzioni tridimensionali. Indicare il distretto di applicazione SPIRAL - CT ANGIOGRAPHIE [ANGIO CT] - Kodexvergabe ausschliesslich im Falle der Darstellung von Gefässsstrukturen mittels dreidimensionaler Rekonstruktion. Angabe des Gefäßabschnittes	154,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.91.1	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES GEHIRNS UND DES HIRNSTAMMES - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	222,10
88.91.2	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES GEHIRNS UND DES HIRNSTAMMES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	330,00
88.91.3	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE - [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES GESICHTSSCHÄDELS - [Sella Turzika, Orbitae, Felsenbeine, Kiefergelenke] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	160,10
88.91.4	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO - [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES GESICHTSSCHÄDELS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - [Sella Turzika, Orbitae, Felsenbeine, Kiefergelenke] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	249,50
88.91.5	N	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO ANGIO-MR DER INTRACRANIELLEN GEFÄSSE	246,40
88.91.6	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO - [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES HALSES - [Pharynx, Larynx, Parotis - Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	160,10
88.91.7	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO - [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES HALSES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - [Pharynx, Larynx, Parotis - Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	249,50
88.91.8	N	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO ANGIO-MR DER HALSGEFÄSSE	246,40

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**
INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.92	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE - [mediastino, esofago] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES THORAX - [Mediastinum, Ösophagus] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	154,40
88.92.1	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO - [mediastino, esofago] - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES THORAX, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - [Mediastinum, Ösophagus] - Inbegriffen: entsprechender Gefäßabschnitt	241,70
88.92.2	N	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO ANGIO-MR DER THORAKALEN GEFÄSSE	246,40
88.92.3	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE MAGNETRESONANZ (MRI) DES HERZENS	160,10
88.92.4	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO MAGNETRESONANZ (MRI) DES HERZENS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL	249,50
88.92.5	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE CINE-MR DES HERZENS	310,40
88.92.6	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA - Monolaterale MAGNETRESONANZ (MRI) DER BRUSTDRUESE - Einseitig	148,20
88.92.7	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO - Monolaterale MAGNETRESONANZ (MRI) DER BRUSTDRÜSE, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Einseitig	234,00
88.92.8	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA - Bilaterale MAGNETRESONANZ (MRI) DER BRUSTDRÜSE - Beidseits	160,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.92.9	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO - Bilaterale MAGNETRESONANZ (MRI) DER BRUSTDRÜSE, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Beidseits	249,50
88.93	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - Cervicale, toracica, lombosacrale MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE - Zervikal, thorakal, lumbosakral	154,40
88.93.1	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - Cervicale, toracica, lombosacrale MAGNETRESONANZ (MRI) DER WIRBELSÄULE, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Zervikal, thorakal, lumbosakral	241,70
88.94.1	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino. RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße	177,70
88.94.2	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA, SENZA E CON CONTRASTO - RM di spalla e braccio [spalla, braccio]. RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]. RM di polso e mano [polso, mano]. RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]. RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba]. RM di caviglia e piede [caviglia, piede] - Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DER MUSKELN UND DES SKELETTES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - MR der Schulter und des Oberarmes [Schulter, Oberarm]. MR des Ellbogens und Unterarmes [Ellbogen, Unterarm]. MR des Handgelenkes und der Hand [Handgelenk, Hand]. MR des Beckens [Becken]. MR des Coxofemoralgelenkes und des Oberschenkels [Coxofemoralgelenk, Oberschenkel]. MR des Knies und des Unterschenkels [Knie, Unterschenkel]. MR des Sprunggelenkes und des Fußes [Sprunggelenk, Fuß] - Inbegriffen: Gelenk, Weichteile, Gefäße	272,20

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.94.3	N	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE ANGIO-MR DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄT	246,40
88.95.1	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE - Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES OBERBAUCHES - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Nebennieren, Retroperitoneum und entsprechende Gefäße	160,10
88.95.2	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES OBERBAUCHES, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Nebennieren, Retroperitoneum und entsprechende Gefäße	249,50
88.95.3	N	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE ANGIO-MR DES OBERBAUCHES	246,40
88.95.4	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO - Vescica e pelvi maschile o femminile - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES UNTERBAUCHES UND DES KLEINEN BECKENS - Harnblase und männliches oder weibliches inneres Genitale - Inbegriffen: entsprechende Gefäßabschnitte	160,10
88.95.5	N	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO - Vescica e pelvi maschile o femminile - Incluso: relativo distretto vascolare MAGNETRESONANZ (MRI) DES UNTERBAUCHES UND DES KLEINEN BECKENS, OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL - Harnblase und männliches oder weibliches inneres Genitale - Inbegriffen: entsprechende Gefäßabschnitte	249,50
88.95.6	N	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE ANGIO-MR DES UNTERBAUCHES	246,40
88.97.1	I	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. MAGNETRESONANZ PERFUSIONSMESSUNG inklusive Diffusions-Tensor-Bildgebung	232,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.97.3	I	RM SPETTROSCOPIA MR SPEKTROSKOPIE	222,00
88.97.5	I	RM PERFUSIONE MAGNETRESONANZ PERFUSIONSMESSUNG	330,00
88.97.C	I	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC MAGNETRESONANZ DES VERDAUUNGSTRACKTES MIT ORALEM KONTRASTMITTEL; OHNE UND MIT KONTRASTMITTEL	299,25
88.99.1	N	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO - Polso o caviglia KNOCHENDENSITOMETRIE MIT EINZEL- ODER DUALPHOTONENABSORPTIONMETRIE - Handgelenk oder Sprunggelenk	21,20
88.99.2	N	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - Lombare, femorale, ultradistale KNOCHENDENSITOMETRIE MIT RÖNTGENSTRAHLENABSORPTION - Lumbal, femoral, ultradistal	31,50
88.99.3	N	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - Total body KNOCHENDENSITOMETRIE MIT RÖNTGENSTRAHLENABSORPTION - Total body	43,40
88.99.4	N	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC - Lombare KNOCHENDENSITOMETRIE MITTELS CT - Lombare	77,00
88.99.5	N	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI DENSITOMETRIE DES KNOCHENS MITTELS ULTRASCHALL	17,60
89.7C.3	I	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA ERSTVISITE RADIOLOGISCHE INTERVENTISTIK	18,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**08 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
 INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE	
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF	
95.14	N	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO ROENTGENUNTERSUCHUNG DES AUGES	15,50	

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**09 ENDOCRINOLOGIA
ENDOCRINOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
06.11.1	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER SCHILDDRÜSE - Feinnadelbiopsie der Schilddrüse	43,40
06.11.2	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER SCHILDDRÜSE - Ultraschallgesteuerte Feinnadelbiopsie der Schilddrüse	61,50
88.71.4	N	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi DIAGNOSTISCHER ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES - Ultraschall von: Speicheldrüsen, Lymphknoten, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	28,40
99.99.2	I	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio KONTINUIERLICHE SUBKUTANE GLUKOSEMESSUNG. Mit Einschulung des Patienten in der Benützung des Gerätes	200,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
 GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
42.24	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione - Esofagoscopia con biopsia. Biopsia aspirativa dell' esofago. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16) [ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES ÖSOPHAGUS - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Ösophagoskopie mit Biopsie. Saugbiopsie des Ösophagus - Ausgenommen: Ösophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	46,00
42.29.1	N	TEST DI BERNSTEIN BERNSTEIN-TEST	13,90
42.29.2	N	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) (24 STD.) ÖSOPHAGUS pH-METRIE	81,60
42.33.1	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o musosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON ÖSOPHAGUSLÄSIONEN ODER GEWEBE, ENDOSKOPISCH - Endoskopische Polypektomie und/oder Mukosektomie - Ausgenommen: Ösophagusbiopsie (42.24), Fistelentfernung, Ligatur von Ösophagusvarizen	50,40
42.33.2	H - N	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE in corso di EGDS -Mediante laser o Argon Plasma - Incluso: EGDS (45.13) e controllo emorragia. Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24) ENTFERNUNG VON ÖSOPHAGUSLÄSIONEN ODER GEWEBE ODER ENDOSKOPISCHE REKANALISIERUNG, ENDOSKOPISCH - Mittels Laser oder Argon Plasma - Inbegriffen: Endoskopie (45.13) und Blutungstillung. Ausgenommen: Ösophagusbiopsie (42.24)	96,60
42.33.3	H - I	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13) - Incluso: endoscopia (45.13) ENDOSKOPISCHE ÖSOPHAGUSVARIZENSKLEROSIERUNG - Inbegriffen: Endoskopie (45.13)	113,70
42.91	I	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13) - Incluso: endoscopia (45.13) ENDOSKOPISCHE LIGATUR VON ÖSOPHAGUSVARIZEN - Inbegriffen: Endoskopie (45.13)	238,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
42.92.1	I	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO - Incluso EGDS (45.13) ÖSOPHAGUSDILATATION - Inbegriffen: Endoskopie (45.13)	151,62
43.11	H - I	POSIZIONAMENTO GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA POSITIONIERUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE	482,25
43.11.1	I	SOSTITUZIONE DI GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA ERSETZUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE	206,60
43.41.1	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN CORSO DI EGDS - Polipectomia gastrica e/o mucosectomia - Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON LÄSIONEN ODER GEWEBE DES OBEREN GASTROINTESTINALTRAKTES, ENDOSKOPISCH - Endoskopische Polypektomie und/oder Mukosektomie- Ausgenommen: Magenbiopsie durch Endoskopie (44.14). Inbegriffen: Endoskopie (45.13) und Blutungsstillung	67,30
43.41.2	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN CORSO DI EGDS - Mediante laser o Argon Plasma - Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14). Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON LÄSIONEN ODER GEWEBE DES OBEREN GASTROINTESTINALTRAKTES, ENDOSKOPISCH - Mittels Laser - Ausgenommen: Magenbiopsie (44.14). Inbegriffen: Endoskopie (45.13) und Blutungsstillung	106,80
44.14	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO - Brushing o washing per prelievo di campione - Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16) [ENDOSKOPISCHE] MAGENBIOPSIE - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung - Ausgenommen: Ösophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	51,10
44.14.1	H - I	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a: EGD con biopsia (45.16); Ecoendoscopia esofagogastroduodenale (44.19.3) [ENDOSONOGRAFISCHE] TRANSMURALE BIOPSIEENTNAHME IM BEREICH DES OBEREN GASTROINTESTINALTRAKTES. Nicht vereinbar mit: ÖGD mit Biopsie (45.16); Ösophagus-magen-duodenum-Endosonographie (44.19.3)	620,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
44.19.1	N	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO - Con stimolazione - Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62) MAGENSEKRETIONSANALYSE - Mit Stimulation - Ausgenommen: Magenlavage, Histologische Untersuchung von Magengewebe, Röntgenuntersuchung des oberen Gastrointestinaltraktes (87.62)	87,80
44.19.2	N	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) BREATH TEST FÜR HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	13,90
44.19.3	H - I	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE - Non associabile a: EGDS (45.13) e Biopsia transparietale [ecoendoscopica] esofagogastroduodenale (44.14.1) ÖSOPHAGUS-MAGEN-DUODENUM-ENDOSONOGRAPHIE - Nicht vereinbar mit: ÖGD (45.13) und endosonografische transmurale Biopsieentnahme im Bereich des Gastrointestinaltraktes (44.14.1)	329,00
44.19.4	I	TEST ALLA SECRETINA SEKRETIN TEST	51,20
44.93.1	HR - I	POSIZIONAMENTO PALLONE INTRAGASTRICO - Include EGDS (45.13) ANLAGE EINES INTRAGASTRALEN BALLONS - Inbegriffen: Endoskopie (45.13)	1.500,00
44.94.1	HR - I	RIMOZIONE PALLONE INTRAGASTRICO - Include EGDS (45.13) ENTFERNUNG EINES INTRAGASTRALEN BALLONS -Inbegriffen: Endoskopie (45.13)	64,85
45.13	N	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] - Endoscopia dell' intestino tenue - Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16) ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE [OeGD] - Dünndarmendoskopie - Ausgenommen: Endoskopie mit Biopsie (45.14-45.16)	56,80
45.13.1	I	ENTEROSCOPIA CON VIDEOCAPSULA INGERIBILE O PATENCY KAPSELENDOSKOPIE	1.120,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
 GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
45.13.2	I	ENTEROSCOPIA CON PALLONE ENTEROSKOPIE MIT BALLON	750,00
45.13.3	I	ENTEROSCOPIA CON PALLONE CON BIOPSIA - - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno - Non associabile a 45.13.2 ENTEROSKOPIE MIT BALLON UND BIOPSIE - Einmalige Biopsie oder mehrfache Biopsien in Ösophagus, Magen oder Duodenum -Nicht vereinbar mit 45.13.2	850,00
45.14	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE - Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16) [ENDOSKOPISCHE] DUENNDARMBIOPSIE - Brushing oder Washing zur Gewebebegewinnung. Ausgenommen: Oesophagogastroduodenoskopie [OeGD] mit Biopsie (45.16)	60,40
45.16	N	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno OESOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE [OeGD] MIT BIOPSIE - Einmalige Biopsie oder mehrfache Biopsien in Oesophagus, Magen oder Duodenum	71,00
45.23	N	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso KOLOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP - Ausgenommen: transabdominelle Koloskopie oder durch künstlichem Stoma, Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop (45.24), Proktosigmoidoskopie mit starrem Endoskop (48.23) transabdominelle Koloskopie	62,00
45.23.1	N	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA KOLOSKOPIE - RETROGRADE ILEOSKOPIE	103,30
45.24	N	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23) SIGMOIDOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP - Endoskopie des Kolon deszendens. Ausgenommen: Proktosigmoidoskopie mit steifem Endoskop (48.23)	37,20

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
45.25	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche. Brushing o washing per prelievo di campione. Colonscopia con biopsia - Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24) [ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES KOLONS - Biopsie aus anderen Darmabschnitten. Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Koloskopie mit Biopsie - Ausgenommen: Proctosigmoidoskopie mit Biopsie (48.24)	87,30
45.26.1	H - I	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON - Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5) - Non associabile al codice 45.25 [ENDOSONOGRAFISCHE] TRANSMURALE BIOPSIEENTNAHME DES KOLONS - Inbegriffen: Kolon-Endosonographie (45.29.5) -Nicht vereinbar mit: [endoskopische] Biopsie des Kolons (45.25)	620,00
45.29.1	N	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE SVUOTAMENTO GASTRICO E TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE BREATH TEST ZUR BESTIMMUNG DER MAGEN- UND DARMPASSAGEZEIT	82,00
45.29.2	N	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA BREATH TEST ZUR BESTIMMUNG DER ABNORMALEN BAKTERIELLEN KOLONIALISIERUNG	41,80
45.29.3	N	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO E FRUTTOSIO BREATH TEST MIT LAKTOSE ODER FRUKTOSE	27,90
45.29.4	N	MANOMETRIA DEL COLON MANOMETRIE DES KOLON	167,30
45.29.5	H - I	ECOENDOSCOPIA DEL COLON - Non associabile a 45.23, 45.24, 45.26.1 KOLON-ENDOSONOGRAPHIE - Nicht vereinbar mit 45.23, 45.24, 45.26.1	350,00
45.42	N	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico - Escluso: Polipectomia con approccio addominale ENDOSKOPISCHE POLYPEKTOMIE DES KOLONS - Endoskopische Polypektomie von einem oder mehreren Polypen - Ausgenommen: abdominal durchgeführte Polypektomie	96,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
 GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
45.43.1	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser - Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42) ENTFERNUNG ODER ABTRAGUNG VON EINER UMSCHRIEBENEN LÄSION ODER VON GEWEBE DES KOLONIS, ENDOSKOPISCH - Mittels Laser - Ausgenommen: endoskopische Polypektomie des Kolons (45.42)	103,30
46.85.1	I	DILATAZIONE DELL'INTESTINO - Incluso: Colonscopia totale con endoscopio flessibile (45.23); Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). KOLONDILATATION - Inbegriffen: Koloskopie mit flexiblem Endoskop (45.23); Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop (45.24)	158,80
48.23	N	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24) PROKTOSIGMOIDOSKOPIE MIT STARREM ENDOSKOP - Ausgenommen: Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop (45.24)	25,10
48.24	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione. Proctosigmoidoscopia con biopsia [ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES REKTUMS - Brushing oder Washing zur Gewebegewinnung. Proktosigmoidoskopie mit Biopsie	41,80
48.24.1	H - I	"BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA - Non associabile a: Biopsia [endoscopica] del retto-sigma (48.24); Biopsia [ecoendoscopica] del colon (45.26.1) - Include: Ecoendoscopia del retto-sigma (48.29.2)" [ENDOSONOGRAFISCHE] TRANSMURALE BIOPSIEENTNAHME IM BEREICH DES REKTUM-SIGMA. Nicht vereinbar mit: [endoskopische] Biopsie des Rektums (48.24); [endosonographische] transmurale Biopsieentnahme im Bereich des Kolons (45.26.1) - Inbegriffen: Sigma-Rektum-Endosonographie (48.29.2)	620,00
48.29.1	N	MANOMETRIA ANO-RETTALE ANO-REKTALMANOMETRIE	58,40
48.29.2	H - I	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) SIGMA-REKTUM-ENDOSONOGRAPHIE - Nicht vereinbar mit: Proktosigmoidoskopie mit starrem Endoskop (48.23); Kolon-Endosonographie (48.29.5); [endosonographische] transmurale Biopsieentnahme im Bereiche des Rektum-Sigma (48.24.1)	254,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
48.35	H - N	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale ENTFERNUNG EINER UMSCHRIEBENEN REKTUMLÄSION ODER VON GEWEBE AUS DEM REKTUM - Ausgenommen: Rektum-Biopsie (48.24), Entfernung von perirektalem Gewebe, Hämorrhoidektomie (49.46), Exzision von pelvirektalen Fisteln	34,90
49.21	N	ANOSCOPIA ANOSKOPIE	22,70
51.12	H - N	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI - Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari PERKUTANE BIOPSIE DER GALLENBLASE UND DER GALLENWEGE - US-gesteuerte Nadelbiopsie der Gallenwege	87,80
52.13	H - I	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA BILIO-PANKREATISCHE ENDOSONOGRAPHIE	350,00
52.14	H - I	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA - Include: codice 52.13 [ENDOSONOGRAPHISCHE] TRANSMURALE BILIOPANKREATISCHE BIOPSIEENTNAHME - Inbegriffen: Kodex 52.13	620,00
88.74.1	N	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE - Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo - Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES - Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Nieren und Nebennieren, Retroperitoneum - Ausgenommen: Ultraschall des gesamten Abdomens (88.76.1)	43,90
88.74.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI ECHO(COLOR)DOPPLER DER LEBER UND GALLENWEGE	43,40
88.74.3	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS ECHO(COLOR)DOPPLER DER BAUCHSPEICHELDRÜSE	43,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.74.4	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA ECHO(COLOR)DOPPLER DER MILZ	43,40
88.76.1	N	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO - Non associabile a 88.74.1 e 88.75.1 ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS - Der Code kann nicht in Verbindung mit den Codes 88.74.1 und 88.75.1 verwendet werden	60,40
89.32	N	MANOMETRIA ESOFAGEA OESOPHAGUSMANOMETRIE	67,10
89.32.1	N	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore 24 Std.-OESOPHAGUSMANOMETRIE	93,00
97.36	H - I	RIMOZIONE DI GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA - Incluso: endoscopia ENTFERNUNG EINER PERKUTANEN GASTROSTOMIE UND/ODER JEJUNOSTOMIE - Inbegriffen: Endoskopie	62,00
98.02	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia ENDOLUMINALE FREMDKOERPEREXTRAKTION AUS OESOPHAGUS, OHNE INZISION - Inbegriffen: Endoskopie	31,30
98.03	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE- Incluso: Endoscopia ENDOLUMINALE FREMDKOERPEREXTRAKTION AUS MAGEN UND DUENNDARM, OHNE INZISION - Inbegriffen: Endoskopie	62,00
98.05	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia ENDOLUMINALE FREMDKOERPEREXTRAKTION AUS DEM REKTUM UND ANUS, OHNE INZISION - Inbegriffen: Endoskopie	29,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**10 GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.29.9	N	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA - La tariffa non include il costo del farmaco BOTULINUS TOXIN INJEKTION - In dem Tarif sind die Kosten des Medikaments nicht inbegriffen	12,10
99.29.A	I	SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie e biopsie in corso di endoscopie - Incluso: monitoraggio (89.65.5) SEDIERUNG im Rahmen einer endoskopischen Untersuchung bzw. Biopsie - Inbegriffen: Monitorisierung (89.65.5)	15,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.65.1	N	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso ARTERIELLE BLUTGASANALYSE - Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse	13,70
89.66	N	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT	18,60
90.01.1	N	11 DEOSSICORTISOLO 11-DESOXYCORTISOL	16,40
90.01.2	N	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P) 17 ALPHA-HYDROXYPROGESTERON (17 OH-P)	10,60
90.01.3	N	17 CHETOSTEROIDI [dU] 17 KETOSTEROIDE [iH]	10,70
90.01.4	N	17 IDROSSICORTICOIDI [dU] 17 HYDROXYCORTICOIDE [iH]	11,40
90.01.5	N	ACIDI BILIARI GALLENSÄUREN	9,10
90.02.1	N	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] 5-HYDROXYINDOLESSIGSAEURE [iH]	16,00
90.02.2	R - N	ACIDO CITRICO ZITRONENSAEURE	4,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.02.3	N	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA) DELTA-AMINOLEVULINSÄURE (ALA)	9,60
90.02.4	N	ACIDO IPPURICO HIPPURATSÄURE	5,80
90.02.5	N	ACIDO LATTICO MILCHSÄURE	5,30
90.03.1	N	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI) PARA-AMINOHIPPURATSÄURE (PAHI)	7,80
90.03.2	N	ACIDO PIRUVICO PIRUVATSÄURE	4,00
90.03.3	R - N	ACIDO SIALICO SIALINSÄURE	13,90
90.03.4	N	ACIDO VALPROICO VALPROINSÄURE	9,30
90.03.5	N	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] VANILMANDEL-SÄURE (VMS) [iH]	20,60
90.03.6	I	ACIDO TRICLOROACETICO URINARIO TRICLOHÄSSIGSÄURE IM HARN	12,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.04.1	R - N	ADIURETINA (ADH) ADIURETIN (ADH)	9,10
90.04.2	N	ADRENALINA - NORADRENALINA [P] ADRENALIN-NORADRENALIN [P]	22,90
90.04.3	N	ADRENALINA - NORADRENALINA [U] ADRENALIN-NORADRENALIN [H]	22,90
90.04.4	N	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA ALA-DEHYDRASE ERYTROZIT	5,20
90.04.5	N	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U] ALANIN-AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT) [S/H]	2,60
90.05.1	N	ALBUMINA [S/U/dU] ALBUMIN [S/H/iH]	2,60
90.05.2	N	ALDOLASI [S] ALDOLASE [S]	2,80
90.05.3	N	ALDOSTERONE [S/U] ALDOSTERON [S/H]	14,60
90.05.4	N	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S] ALPHA-1-ANTITRYPSIN [S]	6,30

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.05.5	N	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb] ALPHA-1-FETOPROTEIN [S/Fw/Alb]	12,40
90.06.1	N	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S] ALPHA-1-SAURES GLICOPROTEIN [S]	7,60
90.06.2	N	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U] ALPHA-1-MICROGLOBULIN [S/H]	10,90
90.06.3	N	ALFA 2 MACROGLOBULINA ALPHA-2-MACROGLOBULIN	4,20
90.06.4	N	ALFA AMILASI [S/U] ALPHA-AMYLASE [S/H]	2,60
90.06.5	N	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica) ALPHA-AMYLASE (Pankreas Funktion)	5,20
90.07.1	R - N	ALLUMINIO [S/U] ALLUMINIUM [S/H]	9,10
90.07.2	R - N	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P] AMINOSÄUREN EINZELDOSIERUNG [S/H/B/P]	3,50
90.07.3	R - N	AMINOACIDI (TOTALI) [S/U/Sg/P] AMINOSÄUREN (GESAMT) [S/H/B/P]	12,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.07.4	N	AMITRIPTILINA AMITRIPTILIN	7,30
90.07.5	N	AMMONIO [P] AMMONIAK [P]	9,10
90.07.6	I	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO [S/U] AMINOSÄURE, CHROMATOGRAPHISCHE BESTIMMUNG [S/H]	62,00
90.08.1	N	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S] ANDROSTENEDIOLGLUCURONID [S]	12,50
90.08.2	N	ANGIOTENSINA II ANGIOTENSIN II	13,90
90.08.3	N	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina ANTIBIOTIKA - Aminoglykoside, Vancomicin	7,30
90.08.4	N	APOLIPOPROTEINA ALTRA APOLIPOPROTEIN ANDERE	6,10
90.08.5	N	APOLIPOPROTEINA B APOLIPOPROTEIN B	5,90
90.09.1	N	APTOGLOBINA HAPTOGLOBIN	4,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.09.2	N	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT) [S]	2,60
90.09.3	N	BARBITURICI BARBITURATNACHWEISS	8,00
90.09.4	N	BENZODIAZEPINE BENZODIAZEPINNACHWEISS	8,80
90.09.5	N	BENZOLO BENZOL	9,20
90.10.1	N	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U] BETA2 MIKROGLOBULIN [S/H]	10,80
90.10.2	N	BICARBONATI (Idrogenocarbonato) BIKARBONATE (Kohlenwasserstoff)	0,70
90.10.3	N	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico) BILIRUBIN (Spektrophotometrische Kurve im Fruchtwasser)	0,90
90.10.4	N	BILIRUBINA TOTALE GESAMTBILIRUBIN	2,60
90.10.5	N	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA GESAMTES UND FRAKTIONIERTES BILIRUBIN	4,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.11.1	N	C- PEPTIDE C-PEPTID	11,60
90.11.2	N	C- PEPTIDE: Dosaggi seriatì dopo test di stimolo (5) C-PEPTID: Serienbestimmung nach Stimulationstest (5)	48,20
90.11.3	R - N	CADMIO KADMIUM	9,10
90.11.4	N	CALCIO TOTALE [S/U/dU] KALZIUM [S/H/iH]	1,20
90.11.5	N	CALCITONINA KALZITONIN	14,60
90.11.6	I	CALCIO IONIZZATO IONISIERTES KALZIUM	4,10
90.12.1	N	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa) GALLEN-UND HARNSTEINE (Semiquantitative Untersuchung)	10,10
90.12.2	N	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa) CHEMISCHE UNTERSUCHUNG DER GALLEN-ODER HARNSTEINE (Qualitativ)	5,30
90.12.3	N	CARBAMAZEPINA CARBAMAZEPIN	13,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.12.4	N	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE GESAMTE HARNKATECHOLAMINE	12,60
90.12.5	N	CERULOPLASMINA COERULOPLASMIN	5,70
90.12.A	I	CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO nelle feci IMMUNOMETRISCHER NACHWEIS VON CALPROTECTIN in Stuhlproben	15,00
90.12.B	I	CATENE LEGGERE LIBERE NEL SANGUE KAPPA E LAMBDA [S] DOSAGGIO (per ogni dosaggio). Diagnosi e/o trattamento di Mielomi, Amiloidosi, MGUS LEICHTE KETTEN IM SERUM KAPPA UND LAMBDA [S] (für jede Bestimmung). Diagnose und/oder Behandlung des Myeloms, Amyloidose, MGUS	20,50
90.13.1	N	CHIMOTRIPSINA [Feci] CHIMOTRYPSIN [Stuhl]	5,40
90.13.2	N	CICLOSPORINA ZYKLOSPORIN	16,30
90.13.3	N	CLORURO [S/U/dU] CHLORIDE [S/H/iH]	1,20
90.13.4	N	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina) CHLORIDE, NATRIUM UND KALIUM [Sd] (nach Pilocarpin)	8,40
90.13.5	N	COBALAMINA (VIT. B12) [S] KOBALAMIN (VIT. B12) [S]	9,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.13.A	I	CISTATINA C. Dosaggio utile nello studio della funzionalità renale, in particolare nei soggetti pediatrici CYSTATIN C Bestimmung zur Beurteilung der Nierenfunktion, v.a. bei Kindern	17,10
90.14.0	I	COLESTEROLO LDL DIRETTO DIREKTES LDL CHOLESTERIN	2,10
90.14.1	N	COLESTEROLO HDL HDL-CHOLESTERIN	3,10
90.14.2	N	COLESTEROLO LDL LDL-CHOLESTERIN	0,70
90.14.3	N	COLESTEROLO TOTALE GESAMTCHOLESTERIN	1,30
90.14.4	N	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE) CHOLINESTERASE (BUTYRRYL-CHE)	2,60
90.14.5	N	COPROPORFIRINE COPROPORPHYRINE	6,40
90.15.1	N	CORPI CHETONICI KETONKOERPER	0,80
90.15.2	N	CORTICOTROPINA (ACTH) [P] KORTIKOTROPIN (ACTH) [P]	20,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.15.3	N	CORTISOLO [S/U] KORTISOL [S/H]	10,60
90.15.4	N	CREATINCHINASI (CPK o CK) KREATINKINASE (CPK oder CK)	2,60
90.15.5	N	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB) MB ISOENZYME DER KREATINKINASE (CK-MB)	3,70
90.15.6	I	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (massa) MB ISOENZYME DER KREATINKINASE (Masse)	10,90
90.16.1	N	CREATINCHINASI ISOENZIMI ISOENZYME DER KREATINKINASE	2,80
90.16.2	N	CREATINCHINASI ISOFORME ISOFORMEN DER KREATINKINASE	12,60
90.16.3	N	CREATININA [S/U/dU/La] KREATININ [S/H/iH/Fw]	1,60
90.16.4	N	CREATININA CLEARANCE KREATININ CLEARANCE	3,60
90.16.5	R - N	CROMO CHROM	9,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.16.6	I	CROMOGRANINA A. Diagnosi di feocromocitoma e Ca polmonare a piccole cellule CHROMOGRANIN A. Diagnose des Phäochromozytoms und des kleinzelligen Lungenkarzinoms	24,70
90.17.1	N	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA) DIHYDROEPIANDROSTERON (DHEA)	10,70
90.17.2	N	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S) DIHYDROEPIANDROSTERONSULPHAT (DHEA-S)	15,40
90.17.3	N	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE DELTA-4 ANDROSTENEDION	9,60
90.17.4	N	DESIPRAMINA DESIPRAMIN	7,30
90.17.5	N	DIIDROTESTOSTERONE (DHT) DIHYDROTTESTOSTERON (DHT)	22,90
90.18.1	N	DOPAMINA [S/U] DOPAMIN [S/H]	13,30
90.18.2	N	DOXEPINA DOXEPIN	7,30
90.18.3	N	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina RAUSCHGIFTE UND DROGEN - Amphetamin, Kaffein, Kannabinoide, Kokain, Heroin, LSD, Opiate, Phenzyklidin, Propoxyphen, Nikotin	6,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.18.4	N	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE) NEURON-SPEZYPHISCHE ENOLASE (NSE)	18,40
90.18.5	R - N	ERITROPOIETINA ERYTROPOIETIN	17,70
90.18.6	I	ANALISI CROMATOGRAFICA DI CONFERMA PER ETANOLO NEL SANGUE CHROMATOGRAPHISCHE ANALYSE - BESTIMMUNG VON ETHANOL IM BLUT	40,00
90.18.7	I	SCREENING DROGHE IN MATRICE CHERATINICA (oppiacei, cocaina, anfetamine, cannabinoidi, ectasi, buprenorfina, metadone) - Include: tutte e sette le sostanze stupefacenti DROGENSCREENING IN KERATINISCHER MATRIX (Oppiate, Kokain, Amphetamin, Cannabinoide, Ecstasy, Buprenorphin, Methadon) - Inklusiv: alle sieben Rauschmittel	60,00
90.19.1	N	ESTERI ORGANOFOSFORICI ORGANISCHE PHOSPHORESTER	5,40
90.19.2	N	ESTRADIOLO (E2) [S/U] OESTRADIOL (E2) [S/H]	13,00
90.19.3	N	ESTRIOLO (E3) [S/U] OESTRIOL (E3) [S/H]	7,70
90.19.4	N	ESTRIOLO NON CONIUGATO FREIES OESTRIOL	9,20
90.19.5	N	ESTRONE (E1) OESTRON (E1)	15,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.20.0	I	CLINICO DIAGNOSTICO CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) KLINISCH- DIAGNOSTISCHER CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin)	13,50
90.20.1	N	ETANOLO AETHANOL	5,80
90.20.2	N	ETOSUCCIMIDE ETOSUXYMID	9,10
90.20.3	N	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide ANTIARRHYTHMIKA - Chinidin, Disopiramyd, Lidokain, Prokainamyd	9,10
90.20.4	N	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati ANTIPHLOGISTIKA - Azetaminophen, Parazetamol, Salizylate	7,20
90.20.5	N	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato ANTITUMOR-PHARMAKA - Zyklphosphamid, Metotrexate	9,40
90.21.1	N	FARMACI DIGITALICI DIGITALIS PHARMAKA	11,10
90.21.2	R - N	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE ATRIALER NATRIURETISCHER FAKTOR	9,10
90.21.3	N	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti) CHEMISCHE UND MIKROSKOPISCHE STUHLUNTERSUCHUNG (Fette, Verdauungsprodukte, Parassiten)	4,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.21.4	N	FECI SANGUE OCCULTO STUHL AUF OKKULTES BLUT	3,90
90.21.5	R - N	FENILALANINA PHENYLALANIN	3,50
90.2141	I	ELASTASI PANCREATICA PANKREATISCHE ELASTASE	25,80
90.22.1	N	FENITOINA PHENYTOIN	10,90
90.22.2	N	FENOLO [U] PHENOL [H]	3,60
90.22.3	N	FERRITINA [P/(Sg)Er] FERRITIN [P/(B)Ery]	9,10
90.22.4	N	FERRO [dU] EISEN [iH]	5,30
90.22.5	N	FERRO [S] EISEN [S]	2,60
90.23.1	R - N	FLUORO FLUOR	6,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.23.2	N	FOLATO [S/(Sg)Er] FOLSAEURE [S/(B)Ery]	9,10
90.23.3	N	FOLLITROPINA (FSH) [S/U] FOLLITROPIN (FSH) [S/H]	13,00
90.23.4	N	FOSFATASI ACIDA SAURE PHOSPHATASE	1,80
90.23.5	N	FOSFATASI ALCALINA ALKALISCHE PHOSPHATASE	2,60
90.24.1	N	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO KNOCHEN-ISOENZYM DER ALKALISCHEN PHOSPHATASE	10,50
90.24.2	N	FOSFATASI PROSTATICA (PAP) SAEURE PROSTATA-PHOSPHATASE (PAP)	11,30
90.24.3	N	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU] ANORGANISCHE PHOSPHATE [S/H/iH]	1,60
90.24.4	R - N	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI) PHOSPHO-EXOSE ISOMERASE (PHI)	1,10
90.24.5	N	FOSFORO PHOSPHOR	1,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.25.1	R - N	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S] FRUKTOSAMIN [S]	3,20
90.25.2	R - N	FRUTTOSIO [Ls] FRUKTOSE [SF]	4,10
90.25.3	N	GALATTOSIO (Prova da carico) GALAKTOSE (Belastungsprobe)	6,90
90.25.4	N	GALATTOSIO [S/U] GALAKTOSE [S/H]	2,10
90.25.5	N	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U] GAMMA-GLUTAMYL TRANSPEPTIDASE (gamma GT) [S/H]	2,60
90.26.1	N	GASTRINA [S] GASTRIN [S]	11,60
90.26.2	N	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG) THYROXIN-BINDUNGSGLOBULIN (TBG)	7,40
90.26.3	N	GLUCAGONE [S] GLUKAGON [S]	8,30
90.26.4	N	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni) GLUKOSE (Belastungsprobe 3 Tests)	2,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.26.5	N	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni) GLUKOSE (Belastungsprobe 6 Tests)	4,80
90.27.1	N	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La] GLUKOSE [S/P/H/iH/Fw]	1,60
90.27.2	N	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er] GLUKOSE-6-PHOSPHAT DEHYDROGENASE (G6PDH) [(B)Ery]	9,30
90.27.3	N	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U] CHORION GONADOTOPIN (Immunologische Schwangerschaftstest) [H]	6,60
90.27.4	N	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U] CHORION GONADOTROPIN (Beta freie Fraktion) [S/H]	12,60
90.27.5	N	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera) CHORION GONADOTROPIN (Beta gesamte Molekül)	14,30
90.28.1	N	Hb - EMOGLOBINA GLICATA HB-GLYKOSILIERTES HAEMOGLOBIN	10,60
90.28.2	N	IDROSSIPROLINA [U] HYDROXYPROLIN [U]	17,80
90.28.3	N	IMIPRAMINA IMIPRAMIN	14,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.28.4	N	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U] KAPPA UND LAMBDA KETTE IMMUNOGLOBULINE [S/H]	9,30
90.28.5	N	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5) INSULIN (Belastungskurve oder nach Stimulation, max.5 Tests)	30,60
90.29.1	N	INSULINA [S] INSULIN [S]	9,60
90.29.2	N	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F] LACTATDEHYDROGENASE (LDH) [S/St]	2,60
90.29.3	N	LATTE MULIEBRE MUTTERMILCH UNTERSUCHUNG	4,00
90.29.4	N	LATTOSIO [U/Ls] LACTOSE [U/SF]	2,50
90.29.5	N	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S] LEUCIN-AMINOPEPTIDASE (LAP) [S]	2,80
90.30.1	N	LEVODOPA LEVODOPA	7,30
90.30.2	N	LIPASI [S] LIPASE [S]	3,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.30.3	N	LIPOPROTEINA (a) LIPOPROTEIN (a)	13,60
90.30.4	N	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO ERGUSSFLÜSSIGKEITEN PHYSISCHE, CHEMISCHE UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	4,00
90.30.5	N	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI FRUCHTWASSER ENZYME	1,00
90.31.1	N	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia) FRUCHTWASSER PHOSPHOLIPIDE (Cromatographie)	11,40
90.31.2	N	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA FRUCHTWASSER, L/S RATIO	17,70
90.31.3	N	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS FRUCHTWASSER, CLEMENTS-TEST	1,00
90.31.4	N	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA' - Include: verifica presenza di spermatozoi nel campione. Non codificare insieme a 90.31.5 SAMENFLÜSSIGKEIT MORPHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG UND FRUCHTBARKEITS INDEX - Inbegriffen: Anwesenheitsprüfung von Spermium in der Probe. Nicht kodifizierbar zusammen mit 90.31.5	4,20
90.31.5	N	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA' - Include: più prove, almeno due SAMENFLÜSSIGKEIT TEST ZUR FESTSTELLUNG DER FRUCHTBARKEIT - Inbegriffen: mehr Proben, mindestens zwei	15,50
90.32.1	N	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO SINOVIALFLÜSSIGKEIT PHYSISCHE, CHEMISCHE UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	2,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.32.2	N	LITIO [P] LITHIUM [P]	4,10
90.32.3	N	LUTEOTROPINA (LH) [S/U] LUTHEOTROPIN (LH) [S/H]	13,00
90.32.4	N	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriatati dopo GNRH o altro stimolo (5) LUTHEOTROPIN (LH) UND FOLLITROPIN (FSH): Mehrfachdosierungen nach GNRH oder andere (5)	55,90
90.32.5	N	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU]/(Sg)Er] MAGNESIUM [S/H/iH/(B)Ery]	1,70
90.33.1	R - N	MANGANESE [S] MANGAN [S]	6,30
90.33.2	N	MEPROBAMATO MEPROBAMAT	7,30
90.33.3	R - N	MERCURIO QUECKSILBER	9,10
90.33.4	N	MICROALBUMINURIA MIKROALBUMINURIE	4,70
90.33.5	N	MIOGLOBINA [S/U] MYOGLOBIN [S/H]	7,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.34.1	N	NEOPTERINA NEOPTERIN	10,90
90.34.2	R - N	NICHEL NICKEL	10,10
90.34.3	N	NORTRIPTILINA NORTRIPTILIN	5,40
90.34.4	R - N	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO OLIGOELEMENTE: PLASMA DOSIERUNG	6,90
90.34.5	N	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S] PLAZENTARES LAKTOGENES HORMON ODER SOMATOMAMMOTROPIN (HPL) [S]	11,00
90.34.6	I	OMOCISTEINA HOMOZYSTEIN	17,76
90.34.8	I	DETERMINAZIONE DELL'ORMONE ANTI-MULLERIANO ANTI-MUELLERIAN HORMON	48,21
90.35.1	N	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U] SOMATOTROPES HORMON (GH) [P/H]	10,60
90.35.2	N	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH) HORMONE: Mehrfachdosierungen nach Stimulation (5) - (17-OHP, FSH, LH, TSH, ACTH, KORTISOL, GH)	33,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.35.3	N	OSSALATI [U] OXALATE [H]	8,90
90.35.4	N	OSTEOCALCINA (BGP) OSTEOKALZIN (BGP)	25,40
90.35.5	N	PARATORMONE (PTH) [S] PARATHORMON (PTH) [S]	21,00
90.35.6	I	OSMOLARITÀ (S/P/U) - misurazione diretta OSMOLARITÄT (S/P/U) - direkte Messung	3,50
90.36.1	N	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S] PARATHORMON RELATED PEPTIDE [S]	6,30
90.36.2	N	pH EMATICO BLUT-pH	7,40
90.36.3	N	PIOMBO [S/U] BLEI [S/H]	20,30
90.36.4	N	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er] PYRUVATKINASE (PK) [(B)Ery]	7,90
90.36.5	N	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP) DARM-VASOAKTIV POLIPEPTIDE (VIP)	6,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.36.6	I	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP o NT-proBNP) BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP oder NT -proBNP)	23,00
90.37.1	N	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa) PORPHYRINE (Qualitative Forschung und Dosierung)	13,30
90.37.2	N	PORFOBILINOGENO [U] PORPHOBILINOGEN [H]	5,90
90.37.3	N	POST COITAL TEST POST-COITAL TEST	2,80
90.37.4	N	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er] KALIUM [S/H/iH/(B)Ery]	1,20
90.37.5	N	PRIMIDONE PRIMIDON	9,10
90.37.6	I	PREALBUMINA PREALBUMIN	6,00
90.38.1	N	PROGESTERONE [S] PROGESTERON [S]	13,00
90.38.2	N	PROLATTINA (PRL) [S] PROLAKTIN (PRL) [S]	13,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.38.3	N	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriatî dopo TRH (5) PROLAKTIN (PRL): Mehrfachdosierungen nach TRH (5)	28,20
90.38.4	N	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali SERUM- (ELEKTROPHORESE) [S] - Inbegriffen: Gesamteiweiss Dosierung	5,90
90.38.5	N	PROTEINE [S/U/dU/La] GESAMTEIWEISS [S/H/iH/Fw]	1,20
90.39.1	N	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali HARN (ELEKTROPHORESE) - Inbegriffen: Harn-Eiweiss Dosierung	4,70
90.39.2	N	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA ERYTHROZYTENPROTOPORPHYRIN IX nd	7,70
90.39.3	R - N	PURINE E LORO METABOLITI PURINE UND IHRE METABOLITEN	10,50
90.39.4	R - N	RAME [S/U] KUPFER [S/H]	5,00
90.39.5	N	RECETTORI DEGLI ESTROGENI ÖSTROGENREZEPTOREN	21,20
90.39.6	H - I	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA LÖSLICHER TRANSFERRIN REZEPTOR	19,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.40.1	N	RECETTORI DEL PROGESTERONE PROGESTERONREZEPTOREN	17,60
90.40.2	N	RENINA [P] RENIN [P]	25,80
90.40.3	R - N	SELENIO SELEN	6,90
90.40.4	N	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er] NATRIUM [S/H/iH/(B)Ery]	1,20
90.40.5	N	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO MAGENSAFT: KOMPLETTE CHEMISCHE ANALYSE	4,70
90.40.6	I	SOMATOMEDINA C [IGF-1] SOMATOMEDIN C [IGF-1]	25,33
90.40.8	I	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI Con metodo CG-MS SUCHTSTOFFE IDENTIFIZIERUNG UND/ODER QUANTIFIZIERUNG VON EINZELNEN SUBSTANZEN UND METABOLITEN - In GC-MS	90,00
90.41.1	N	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+) SCHWEISS (Natrium und Kalium Dosierung)	0,90
90.41.2	N	TEOFILLINA THEOPHYLLIN	11,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.41.3	N	TESTOSTERONE [P/U] TESTOSTERON [P/H]	13,00
90.41.4	N	TESTOSTERONE LIBERO FREIES TESTOSTERON	15,80
90.41.5	N	TIREOGLOBULINA (Tg) THYREOGLOBULIN (Thg)	15,70
90.42.1	N	TIREOTROPINA (TSH) THYREOTROPIN (TSH)	13,00
90.42.2	N	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriatì dopo TRH (4) TSH : Mehrfachdosierungen nach TSH (4)	23,20
90.42.3	N	TIROXINA LIBERA (FT4) FREIES THYROXIN (FT4)	13,00
90.42.4	N	TRANSFERRINA (Capacità ferroleganti) EISENBINDUNGSKAPAZITÄT	4,00
90.42.5	N	TRANSFERRINA [S] TRANSFERRIN [S]	5,20
90.43.1	N	SCREENING ANOMALIE NEONATALI SU SIERO MATERNO (B-test, Tri-test), non associabile a: alfa 1 feoproteina, gonadotropina corionica, estriolo non coniugato e glicoproteina placentare gravidanza specifica SCREENING AUF NEONATALE ANOMALIEN IN MUTTERLICHEN SERUM (B-Test, Tri-test) nicht im Zusammenhang mit: Alfa 1 Fetoprotein, Chorion Gonadotropin, unkonjugiertes Estriol und schwangerschaftsspezifisches plazentares Glykoprotein	19,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.43.2	N	TRIGLICERIDI TRIGLYZERYDE	3,10
90.43.3	N	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3) FREIES TRIIODOTHYRONIN (FT3)	13,00
90.43.4	N	TRIPSINA [S/U] TRIPSIN [S/H]	10,50
90.43.5	N	URATO [S/U/dU] HARNSAEURE [S/H/iH]	1,20
90.44.1	N	UREA [S/P/U/dU] HARNSTOFF [S/P/H/iH]	1,60
90.44.2	N	URINE CONTA DI ADDIS HARN: ADDIS-TEST	3,90
90.44.3	N	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	2,30
90.44.4	N	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo) TEIL - UNTERSUCHUNG DES HARN (Ketonkörper und Glukose Dosierung)	0,70
90.44.5	N	VITAMINA D VITAMIN D	16,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.45.1	R - N	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO WASSERLOESLICHE VITAMINE: PLASMA DOSIERUNG	10,40
90.45.2	R - N	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO FETTLOESSLICHE VITAMINE: PLASMA DOSIERUNG	10,40
90.45.3	N	XILOSIO (Test di assorbimento) XYLOSE (Adsorption - Test)	5,90
90.45.4	N	ZINCO [S/U] ZINK [S/H]	6,30
90.45.5	N	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er] ZINKPROTOPORPHYRIN [(B)Ery]	8,50
90.46.3	N	AGGLUTININE A FREDDO KÄLTE AGGLUTININE	7,40
90.46.4	* - N	ALFA 2 ANTIPLASMINA ALPHA 2 ANTIPLASMIN	8,80
90.46.5	N	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC) LUPUS LIKE ANTIKÖRPER (LAK) MIT FSL	4,70
90.47.1	N	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA NACHWEIS ERWORBENER AK DER KOAGULATION	4,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.47.2	N	ANTICORPI ANTI A/B ANTIKÖRPER ANTI A/B	4,20
90.47.3	N	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA Screen) EXTRAHIERBARE NUKLEARE ANTIGENE (ENA Screen)	13,30
90.47.4	R - N	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO ANTIKALZIUMKANAL ANTIKÖRPER nd	11,40
90.47.5	N	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM) ANTICARDIOLIPIN ANTIKÖRPER (IgG, IgA, IgM)	12,60
90.47.6	I	TIPIZZAZIONE DEGLI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA profilo) - Tariffa omnicomprensiva delle determinazioni necessarie TYPISIERUNG DER EXTRAHIERBAREN NUKLEAREN ANTIGENE (ENA-Profil) - Allumfassender Tarif für die erforderlichen Bestimmungen	36,15
90.47.7	I	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide) ANTI CITRULLIN ANTIKÖRPER (Peptide)	18,33
90.48.1	N	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA) ANTI PARIETAL ZELL ANTIKÖRPER (PCA)	8,40
90.48.2	N	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA) ANTI NEUTROPHILENZYTOPLASMA ANTIKÖRPER (ANCA)	11,40
90.48.3	N	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO ANTI NATIV DNA ANTIKÖRPER	11,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.48.4	N	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico) ANTI-ERYTHROZYTEN-ANTIKÖRPER (Bestimmung des Thermischen Wirkungsbereichs)	1,80
90.48.5	N	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante) ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER (Mit Reaktionsverstärker)	8,40
90.48.6	I	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO) ANTI MYELOPEROXYDASE ANTIKÖRPER (MPO)	14,33
90.48.7	I	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3) ANTI PROTEINASE 3 ANTIKÖRPER (PR3)	14,33
90.48.8	I	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE (per classe anticorpale) ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE ANTIKÖRPER (für jede Antikörperklasse)	14,33
90.49.1	N	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione) ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER (Titrierung)	18,90
90.49.2	N	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER IDENTIFIZIERUNG	24,30
90.49.3	N	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter Coombs-Test]	9,30
90.49.4	N	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII ANTI FAKTOR VIII ANTIKÖRPER	11,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.49.5	N	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA) ANTIKOERPER ANTI-GLYADIN (IgG,IgA)	11,40
90.49.6	I	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (IgG, IgA per singolo dosaggio) ANTI DEAMIDIERTE GLIADIN ANTIKÖRPER (IgG, IgA für jede Bestimmung)	12,96
90.49.7	I	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD) ANTI-KÖRPER GEGEN GLUTAMINSÄURE-DECARBOXYLASE (GAD)	14,33
90.50.1	R - N	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente) HLA-ANTI-KÖRPER (Cross-match, einzelne Person, dringend)	35,80
90.50.2	R - N	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità) HLA-ANTI-KÖRPER (Titer für einzelne Spezifität)	35,80
90.50.3	R - N	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente) HLA-ANTI-KÖRPER GEGEN LYMPHOZYTEN-PANEL (mindestens 10 Personen, dringend)	21,00
90.50.4	R - N	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti) HLA-ANTI-KÖRPER GEGEN LYMPHOZYTEN SUSPENSION (mindestens 10 Personen)	18,80
90.50.5	N	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA) ANTI INSEL PANKREAS ANTIKÖRPER (ICA)	8,60
90.51.1	N	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA) ANTI-INSULIN ANTIKÖRPER (AIAA)	12,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.51.2	N	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI ANTI LEUKOZYTEN ANTIKÖRPER	41,90
90.51.3	R - N	ANTICORPI ANTI MAG ANTI MAG ANTIKÖRPER nd	11,40
90.51.4	N	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO) ANTI MIKROSOMEN ANTIKÖRPER (Ab TMS) ODER ANTITIREOPERROSSIDASE (AbTPO)	11,40
90.51.5	N	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA) ANTI MIKROSOMEN ANTIKÖRPER (LEBER UND NIERE)	8,30
90.52.1	N	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA) ANTI MITOCHONDRIEN ANTIKÖRPER (AMA)	9,50
90.52.2	N	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA) ANTI GLATTE MUSKULATUR ANTIKÖRPER (ASMA)	7,40
90.52.3	N	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore) ANTI GESTREIFTE MUSKULATUR ANTIKÖRPER (Herz)	7,40
90.52.4	N	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA) ANTI NUKLEUS ANTIKÖRPER (ANA)	9,70
90.52.5	N	ANTICORPI ANTI ORGANO - Incluso: "Anticorpi anti antigene citosol epatico tipo 1 (LC1)" e "Anticorpi anti antigeni solubili epatici/antigene pancreas-fegato (SLA/LP)" ANTI ORGAN ANTIKÖRPER - Inbegriffen: "Antikörper gegen Lebercytosol Antigen Typ 1 (LC1)" und "Antikörper gegen lösliches Leberantigen/Leber-Pankreasantigen (SLA/LP)"	14,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.52.6	H - I	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS AUTOANTIKÖRPER NACHWEIS Immunoblotting NNB	50,00
90.52.7	I	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS AUTOANTIKÖRPERNACHWEIS NNB	14,33
90.53.1	N	ANTICORPI ANTI OVAIO ANTI EIERSTOCK ANTIKÖRPER	7,40
90.53.2	N	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ANTI THROMBOZYTEN ANTIKÖRPER	42,80
90.53.3	N	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE ANTI THROMBOZYTEN ANTIKÖRPER IDENTIFIZIERUNG	88,20
90.53.4	N	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE ANTINIKOTINREZEPTOR ANTIKÖRPER - MUSKULÄR	25,30
90.53.5	N	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH ANTI TSH REZEPTOR ANTIKÖRPER	25,30
90.53.D	H - I	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA) per ciascuna determinazione ANTI - TRANSGLUTAMINASE - ANTIKÖRPER (IgA, IgG) einzelne Bestimmung	14,50
90.54.1	N	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA) ANTI SPERMATOZOEN ANTIKÖRPER (GEBUNDEN) (ASA)	8,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.54.2	N	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA) ANTI SPERMATOZOEN ANTIKÖRPER (FREIE) (ASA)	8,60
90.54.3	N	ANTICORPI ANTI SURRENE ANTINEBENNIEREN ANTIKÖRPER	7,40
90.54.4	N	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg) ANTI-THYREOGLOBULIN ANTIKOERPER (AbTg)	12,70
90.54.5	N	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI HÄMOLYTISCHE ANTI-ERYTHROZYTEN-ANTI-KÖRPER	7,00
90.55.1	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125) KARBOHYDRAT-ANTIGEN 125 (CA 125)	18,50
90.55.2	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3) KARBOHYDRAT 15.3 ANTIGEN (CA15.3)	18,10
90.55.3	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9) KARBOHYDRAT 19.9 ANTIGEN (CA 19.9)	16,40
90.55.4	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195) KARBOHYDRAT 195 ANTIGEN (CA 195)	15,50
90.55.5	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50) KARBOHYDRAT 50 ANTIGEN (CA 50)	15,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.56.1	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4) KARBOHYDRAT 72-4 ANTIGEN (CA 72-4)	18,40
90.56.2	N	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA) MUZYNOESES KARBOHYDRAT ANTIGEN (MCA)	12,10
90.56.3	N	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA) KARZINOEMBRYONALES ANTIGEN (CEA)	10,60
90.56.4	N	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA) GEWEBE POLIPEPTID ANTIGEN (TPA)	18,40
90.56.5	N	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) PROSTATA-SPEZIFISCHES ANTIGEN (PSA)	10,60
90.56.6	I	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO LIBERO (F- PSA) FREIES PROSTATA - SPEZIFISCHES ANTIGEN (F - PSA)	15,50
90.56.7	I	ANTIGENE TUMORE DELLA VESCICA (BTA) (RIA o EIA) BLASE TUMOR ANTIGEN (BTA) (RIA oder EIA)	15,50
90.56.8	I	ALTRI MARKERS TUMORALI, NAS ANDERE TUMORMARKERS, NNB	15,50
90.57.1	N	ANTIGENE TA 4 (SCC) TA-4 ANTIGEN (SCC)	22,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.57.2	R - N	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59 CD55/CD59 ERYTHROZYTEN ANTIGENE	17,10
90.57.3	N	ANTIGENI HLA (Ciascuno) HLA-ANTIGENE (Einzelne)	17,40
90.57.4	N	ANTIGENI PIASTRINICI THROMBOZYTEN ANTIGENE	42,10
90.57.5	N	ANTITROMBINA III FUNZIONALE ANTITHROMBIN III FUNKTIONELL	2,80
90.58.1	N	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA) GEWEBSAKTIVATOR DES PLASMINOGENS (tPA)	18,40
90.58.2	N	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto] ANTI-ERYTHROZYTEN AUTOANTIKÖRPER [direkter Coombs-Test]	6,90
90.58.3	* - N	BETA TROMBOGLOBULINA BETA THROMBOGLOBULIN nd	9,10
90.58.4	N	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er] KARBOXYHAEMOGLOBIN [(B)Hb/(B)Ery]	4,00
90.58.5	N	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI ZYTOTOXIZITÄT MIT SPEZIFISCHEN ANTIGENEN	24,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.59.1	N	CITOTOSSICITA' CTL CTL ZYTOTOXIZITÄT	22,40
90.59.2	N	CITOTOSSICITA' LAK LAK ZYTOTXIZITÄT	22,40
90.59.3	N	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK SPONTANE NK ZYTOTOXIZITÄT	19,40
90.59.4	N	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo) LYMPHOZYTEN MISCH-KULTUR (EINWEG) - (Zwischen 2 Personen und wenigstens 1 Kontrolle)	93,90
90.60.1	N	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) KOMPLEMENT (C1 Inhibitor)	6,20
90.60.2	N	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno) KOMPLEMENT C-1Q, C3, AKT.C3, C4 (Jeweils)	6,60
90.60.3	R - N	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO KRYOKONSERVIERUNG VON [PLAZENTA] STAMMZELLEN ZWECKS TRANSPLANTATION	361,50
90.60.4	R - N	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO KRYOKONSERVIERUNG UND AUFBEWAHRUNG VON PRÄ-TRANSPLANTATION SERUM	2,40
90.60.5	R - N	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE KRYOKONSERVIERUNG VON LYMPHOZYTEN-SUSPENSIONEN	32,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.60.6	I	ASPERGILLUS FUMIGATUS (IMMUNODIFFUSIONE) ASPERGILLUS FUMIGATUS (IMMUNDIFFUSION)	6,60
90.60.7	I	MICROPOLISPERA FENIS (IMMUNODIFFUSIONE) MICROPOLISPERA FENIS (IMMUNDIFFUSION)	6,60
90.60.8	I	TERMOACTINOMYCES VULGARIS (IMMUNODIFFUSIONE) TERMOACTINOMYCES VULGARIS (IMMUNDIFFUSION)	6,60
90.61.1	N	CRIOGLOBULINE RICERCA KRYOGLOBULINE NACHWEIS	1,80
90.61.2	N	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE TYPISIERUNG VON KRYGLOBULINE	11,70
90.61.3	N	CYFRA 21-1 CYFRA 21-1	21,20
90.61.4	N	D-DIMERO (EIA) D-DIMER (EIA)	8,50
90.61.5	N	D-DIMERO (Test al lattice) D-DIMER (Latex Test)	7,10
90.62.1	N	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA ERITHROZYTEN (Zählung), HÄMOGLOBIN	1,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.62.2	N	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. BLUTBILD	4,10
90.62.3	N	EMOLISINA BIFASICA BIPHASISCHE HÄMOLYSINE	12,10
90.62.4	N	ENZIMI ERITROCITARI ERYTHROZYTENENZYME	15,50
90.62.5	N	EOSINOFILI (Conteggio) [Alb] EOSINOPHILIE(ZÄHLUNG) [Alb]	2,50
90.63.1	N	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato) HEPARINDOSIERUNG (Durch Dosierung eines aktiven Inhibitor - Faktor X)	11,10
90.63.2	N	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene) ERYTHROZYTEN: NICHT ABO UND NICHT RH-ANTIGENE (Für jedes Antigen)	6,70
90.63.3	N	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche) KNOCHENMARKSBEURTEILUNG ABKLATSCHPRÄPARAT UND/ODER AUSSTRICH - Kennzeichnung von pathologischen Zelen (mit zytochemischen und zytoenzymatischen Methoden)	20,90
90.63.4	N	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche) MIKROSKOPISCHE BEURTEILUNG DES PERIPHEREN BLUT AUSSTRICHES - Kennzeichnung von pathologischen Zelen (mit zytochemischen und zytoenzymatischen Methoden)	3,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.63.5	N	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICH ODER APPOSITION EINES ZYTOASPIRATES VON LYMPHKNOTEN	18,80
90.64.1	N	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA ANALYSE DER MULTIMERE DES vWF FAKTORS	24,00
90.64.2	N	FATTORE REUMATOIDE RHEUMAFAKTOR	4,80
90.64.3	N	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno) BESTIMMUNG DER KOAGULATIONSFAKTOREN (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Einzelne)	14,30
90.64.4	H - N	FENOTIPO Rh Rh-PHENOTYP	10,60
90.64.5	N	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U] FIBRIN / FIBRINOGEN: SPALTPRODUKTE (FDP/FSP) [S/H]	13,50
90.65.1	N	FIBRINOGENO FUNZIONALE FUNKTIONELLES FIBRINOGEN	2,60
90.65.2	* - N	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA HISTIDIN REICHES GLYKOPROTEIN	9,10
90.65.3	H - N	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D) BLUTGRUPPE ABO und Rh (D)	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.65.4	H - N	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo BLUTGRUPPE ABO/Rh zweite Kontrolle	5,20
90.66.1	R - N	Hb - BIOSINTESI IN VITRO HGB BIOSYNTHESE IN VITRO	108,50
90.66.2	N	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La] HÄMOGLOBIN [B/Fw]	1,80
90.66.3	N	Hb - EMOGLOBINA A2 HÄMOGLOBIN A2	9,60
90.66.4	N	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio) FETALE HÄMOGLOBIN (Dosierung)	4,00
90.66.5	N	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.) BESTIMMUNG DER ABNORMALEN HÄMOGLOBINE (HbS, HbD, HbH, usw.)	14,40
90.67.1	R - N	Hb - ISOELETTRIFOCALIZZAZIONE HGB ISOELEKTROFOKUSSIERTUNG	13,90
90.67.2	R - N	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia) NACHWEIS VON MUTATIONEN DER GLOBINKETTEN (Chromatographie)	12,90
90.67.3	N	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er] HGB STABILITÄTSTEST [(B)Ery]	1,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.67.4	R - N	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti) ANTI-HLA-ANTIKÖRPER IDENTIFIZIERUNG MITTELS LYMPHOZYTEN-PANEL - (1 Serum/30 Personen)	86,90
90.67.5	N	IgA SECRETORIE [Sa/Alb] SEKRETIONS -IgA [Speichel/Alb]	7,30
90.68	I	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (singolo allergene) - Incluso: determinazione della TRIPTASI SPEZIFISCHE ALLERGOLOGISCHE IgE: QUANTITATIV (einzige Allergene) - Inbegriffen: Bestimmung der TRIPTASE	9,50
90.68.1	N	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO - (per pannello, fino a 12 allergeni) SPEZIFISCHE ALLERGOLOGISCHE IgE: QUANTITATIV - (pro Panel, bis zu 12 Allergene)	101,70
90.68.2	N	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO SPEZIFISCHE ALLERGOLOGISCHE IgE. QUALITATIVES MULTIALLERGENES SCREENING	12,00
90.68.3	N	IgE TOTALI GESAMT IgE	11,10
90.68.4	N	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna) IgG UNTERKLASSEN 1, 2, 3, 4 (jeweils)	15,50
90.68.5	N	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE SPEZIFISCHE ALLERGOLOGISCHE IgG	16,40
90.68.6	I	IgA SOTTOCLASSI 1, 2 (ciascuna) IgA UNTERKLASSEN 1, 2 (jeweils)	15,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.68.8	I	ALLERGENE RECOMBINANTE (singolo allergene) REKOMBINANTE ALLERGENBESTIMMUNG (einzelne Allergene)	20,33
90.69.1	R - N	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI ZIRKULIERENDE IMMUNOKOMPLEXE	7,90
90.69.2	N	IMMUNOFISSAZIONE IMMUNOFIXATION	29,70
90.69.3	N	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE OBERFLÄCHENIMMUNGLOBULINE DER LYMPHOZYTEN	16,40
90.69.4	N	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna) IgA, IgG oder IgM IMMUNOGLOBULINE (jeweils)	5,80
90.69.5	* - N	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I) BESTIMMUNG DES INHIBITOR DES PLASMINOGENAKTIVATORS (PAI I)	9,60
90.70.1	R - N	INTERFERONE INTERFERON	22,90
90.70.2	R - N	INTERLEUCHINA 2 INTERLEUKIN 2	19,60
90.70.3	N	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test) INTRADERMOREAKTIONEN MIT PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASE UND MUMPS (Jeweils)	5,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.70.4	N	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)] LEUKOZYTENZÄHLUNG (Mikroskopanalyse) [(B)]	4,30
90.70.5	N	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)] LEUKOZYTEN (Zählung) [(B)]	1,00
90.71.1	N	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er] METHÄMOGLOBIN [(B)Ery]	2,80
90.71.2	R - N	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test) LÖSLICHE MONOMERE DES FIBRINS (FS Test)	7,10
90.71.3	N	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)] PLÄTTCHEN (Zählung) [(B)]	1,20
90.71.4	N	PINK TEST PINKTEST nd	2,80
90.71.5	R - N	PLASMINOGENO PLASMINOGEN	11,70
90.72.1	N	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P] PROTEIN C BESTIMMUNG [P]	9,10
90.72.2	N	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P] FUNKTIONELLE PROTEIN C BESTIMMUNG [P]	9,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.72.3	N	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa) C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)	4,80
90.72.4	N	PROTEINA S LIBERA [P] FREIES PROTEIN S [P]	9,80
90.72.5	N	PROTEINA S TOTALE [P] GESAMT PROTEIN S [P]	9,80
90.72.6	I	PROCALCITONINA PROCALZITONIN	28,80
90.73.1	R - N	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2 PROTHROMBIN FRAGMENTE 1, 2	4,70
90.73.2	H - N	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE TRANSFUSIONS-KREUZPROBE	8,50
90.73.3	R - N	PROVA CROCIATA PIASTRINICA THROMBOCYTEN-KREUZPROBE	6,00
90.73.4	R - N	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint) DNS-PRÄTRANSPLANTATIONS-KREUZPROBE (PCR-Fingerprint)	117,90
90.73.5	R - N	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA ZYTOMETRISCHE PRÄTRANSPLANTATIONS-SERUM KREUZPROBE	53,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.73.6	I	ASSEGNAZIONE IN TYPE & SCREEN TYPE & SCREEN ZUWEISUNG	2,60
90.74.1	R - N	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente) PRÄTRANSPLANTATIONS (mit 3 Empfänger-Sera) SERUM KREUZPROBE	51,20
90.74.2	N	REAZIONE DI WAALER ROSE WAALER ROSE REAKTION	3,10
90.74.3	N	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel) OSMOTISCHE RESISTENZ DER ERYTHROZYTEN (Simmel Test)	4,20
90.74.4	N	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva) OSMOTISCHE RESISTENZ (Kurvenkalibrierung)	8,50
90.74.5	N	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)] RETIKULOZYTEN (Zählung) [(B)]	5,50
90.75.1	R - N	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA NACHWEISS VON AMILOID	3,40
90.75.2	N	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE BLUTUNGSZEIT NACH MIELKE	1,60
90.75.3	N	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA EUGLOBULINLYSETEST	1,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.75.4	N	TEMPO DI PROTROMBINA (PT) PROTHROMBINZEIT (PT)	2,60
90.75.5	N	TEMPO DI TROMBINA (TT) THROMBINZEIT (TT)	2,80
90.75.6	I	ATTIVITÀ DI COFATTORE DELLA RISTOCETINA AKTIVITAETSBESTIMMUNG DES RISTOCETIN KOFAKTOR	15,50
90.75.7	I	ANTIGENE VON WILLEBRAND VON WILLEBRAND ANTIGENBESTIMMUNG	10,30
90.75.8	I	IPEROMOCISTINEMIA TEST FUNZIONALE HYPERHOMOCYSTYNÄMIE FUNKTIONELLER TEST	10,30
90.75.9	I	BETA 2 GLICOPROTEINA I BETA 2 GLICOPROTEIN I	9,80
90.76.1	N	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT) PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)	2,50
90.76.2	* - N	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born AGGREGATIONSPROBEN DER BLUTPLÄTTCHEN Nach Born	4,00
90.76.3	N	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO, AL GLUCOSIO, ALL' ATP HÄMOLYSETEST MIT SACCHAROSE, MIT GLUCOSE, MIT ATP	2,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.76.4	N	TEST DI FALCIZZAZIONE SICHELZELLTEST	2,80
90.76.5	N	TEST DI HAM HAM-TEST	4,80
90.77.1	N	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali) TEST NACH KLEIHAUER (Nachweis fetaler Erythrozyten)	2,70
90.77.2	* - N	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA APC RESISTENZ	9,00
90.77.3	N	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno) LYMPHOZYTENSTIMULATIONSTEST (Für jedes Mitogen)	36,40
90.77.4	N	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI LYMPHOZYTENSTIMULATIONSTEST MIT SPEZIFISCHEN ANTIGENEN	36,40
90.77.5	N	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp) PRÄTRANSPLANTATIONS-FUNKTIONSPROBEN (HTLp, CTLp)	477,20
90.78.1	N	TINE TEST (Reazione cutanea alla tubercolina) TINE TEST (Kutanreaktion auf Tuberkolin)	3,50
90.78.2	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A GENOM-HLA-A TYPISIERUNG	101,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.78.3	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-A TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10
90.78.4	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B GENOM-HLA-B TYPISIERUNG	101,50
90.78.5	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-B TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10
90.79.1	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C GENOM-HLA-C TYPISIERUNG	101,50
90.79.2	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-C TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10
90.79.3	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-DP TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10
90.79.4	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DPA1 TYPISIERUNG MIT HOHER RESOLUTION	155,30
90.79.5	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DPB1 TYPISIERUNG MIT HOHER RESOLUTION	188,70
90.80.1	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-DQ TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.80.2	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DQA1 TYPISIERUNG MIT HOHER RESOLUTION	178,40
90.80.3	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DQB1 TYPISIERUNG MIT NIEDRIGER RESOLUTION	109,10
90.80.4	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DQB1 TYPISIERUNG MIT HOHER RESOLUTION	178,40
90.80.5	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO GENOM-HLA-DR TYPISIERUNG MITTELS DIREKTER SEQUENZIERUNG	54,10
90.81.1	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DRB (DRB1 und DRB3, DRB4, DRB5) TYPISIERUNG MIT NIEDRIGER RESOLUTION	213,40
90.81.2	R - N	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE GENOM-HLA-DRB (DRB1 und DRB3, DRB4, DRB5) TYPISIERUNG MIT HOHER RESOLUTION	311,60
90.81.3	R - N	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B) SEROLOGISCHE HLA TYPISIERUNG KLASSE I (Kompl. Phenotyp locus A, B, C oder A,B)	149,30
90.81.4	R - N	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP) SEROLOGISCHE HLA TYPISIERUNG KLASSE II (Kompl. Phenotyp locus DR, DQ oder DP)	158,70
90.81.5	R - N	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo) IMMUNPHÄNOTYPISIERUNG DER BLUTZELLEN (Für jeden einzelnen Antikörper)	17,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.81.6	I	REAZIONE IMMUNOISTOCHEMICA E/O IMMUNOFLUORESCENTE DIAGNOSTICA su sezione istologica o preparato citologico (per reazione) DIAGNOSTISCHE IMMUNOISTOCHEMISCHE BZW. IMMUNOFLUOREZENTE REAKTION auf istologische bzw. zytologische Präparate (pro Reaktion)	18,00
90.82.1	R - N	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT) THROMBIN ANTITHROMBIN III KOMPLEX (TAT)	2,80
90.82.2	* - N	TROMBOSSANO B2 THROMBOXAN B2	5,60
90.82.3	N	TROPONINA I TROPONIN I	16,40
90.82.4	N	VALORE EMATOCRITO HÄMATOKRITBESTIMMUNG	0,80
90.82.5	N	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES) BLUTKÖRPERCHENSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)	1,80
90.83.1	* - N	VISCOSITA' EMATICA BLUTVISKOSITÄT	26,30
90.83.2	N	VISCOSITA' PLASMATICA PLASMAVISKOSITÄT	6,20
90.83.3	N	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE AKTINOMYZETEN IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR	8,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.83.4	R - N	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena) BAKTERIEN NUKLEINSÄURE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL HYBRIDISATION NNB - (Nach polimerasischer Kettenreaktion [PCR])	59,90
90.83.5	N	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS BAKTERIEN NUKLEINSÄURE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL DIREKTE HYBRIDISATION NNB	34,10
90.83.6	I	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	15,50
90.84.1	N	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici) BAKTERIEN ANAEROBE ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C mindestens 10 Antibiotika)	12,20
90.84.2	N	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA BAKTERIEN ANAEROBE AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20
90.84.3	N	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE BAKTERIEN ANAEROBE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR	11,40
90.84.4	N	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche) BAKTERIEN ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (Wirksamkeit Antibiotikakombinationen)	6,40
90.84.5	N	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.) BAKTERIEN ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (kleinste Konzentration mit bakterizider Wirkung)	6,40
90.85.1	N	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici) BAKTERIEN ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (Kirby Bauer, mindestens 10 Antibiotika)	6,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.85.2	N	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici) BAKTERIEN ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C, mindestens 10 Antibiotika)	12,20
90.85.3	N	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.) BAKTERIEN ZELLULÄRE UND EXTRAZELLULÄRE ANTIGENE DIREKTE IDENTIFIZIERUNG - In biologischem Material (E.I.A)	5,80
90.85.4	N	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione) BAKTERIEN ZELLULÄRE UND EXTRAZELLULÄRE ANTIGENE DIREKTE IDENTIFIZIERUNG - In biologischem Material (Agglutination)	1,30
90.85.5	N	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi) BAKTERIEN ZELLULÄRE UND EXTRAZELLULÄRE ANTIGENE DIREKTE IDENTIFIZIERUNG - In biologischem Material (Elektrosynärese)	2,30
90.85.6	I	BATTERI - RICERCA ANTICORPALE (E.I.A), NAS BAKTERIEN ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (E.I.A.), NNB	9,10
90.85.7	I	BATTERI - RICERCA ANTICORPALE (I.F.), NAS BAKTERIEN ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (I.F.), NNB	12,60
90.85.8	I	BATTERI - IMMUNOBLOTTING IgG o IgM - NAS BAKTERIEN - IMMUNOBLOTTING IgG oder IgM - NNB	36,20
90.85.9	I	BATTERI ANTIBIOGRAMMA E-TEST (1 antibiotico) BAKTERIEN ANTIBIOGRAMM E-TEST (1 Antibiotikum)	8,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.86.1	N	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NAS BAKTERIEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG NNB	12,20
90.86.2	N	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA, NAS BAKTERIEN AUS KULTUR SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG, NNB	6,80
90.86.3	N	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti - Escluso: Conta batterica urinaria BAKTERIEN KEIMZAHL BESTIMMUNG IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN FLÜSSIGKEITEN - Bestimmung mit indirektem Verfahren durch Zählung auf Platte - Ausgenommen: Keimzahl Bestimmung im Harn	3,80
90.86.4	N	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene) BAKTERIEN IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG - Routine Färbung (Gram, Methylenblau)	1,90
90.86.5	N	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali BAKTERIEN IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG - Spezielle Färbung	2,40
90.87.1	N	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita BAKTERIEN ANTIMIKROBIELLE RESTWIRKUNG IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN MATERIALIEN - Prüfung der Wachstumshemmung	4,70
90.87.2	N	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita BAKTERIEN BAKTERIZIDE WIRKUNG DES SERUMS AUF ISOLIERTE KEIME AUS KLINISCHEM MATERIAL - Prüfung der Wachstumshemmung	6,40
90.87.3	N	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta) BAKTERIEN PRODUKTE DES STOFFWECHSELS IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN MATERIALIEN IDENTIFIZIERUNG - Mit Gas-Chromatographie (direkter Nachweis)	2,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.87.4	N	BORDETELLA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) BORDETELLA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A)	9,10
90.87.5	N	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) BORDETELLA BURGDORFERI ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	7,50
90.88.1	N	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.) BORDETELLA BURGDORFERI ANTIKÖRPER (I.F.)	12,60
90.88.2	N	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT] BRUCELLA ANTIKÖRPER (Titrierung durch Agglutination) [WRIGHT]	3,30
90.88.3	N	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMM	7,60
90.88.4	N	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA CAMPYLOBACTER AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,20
90.88.5	N	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE CAMPYLOBACTER KULTUR	4,90
90.89.1	N	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A. o I.F) CHLAMYDIA ANTIKÖRPER (E.I.A oder I.F)	11,60
90.89.2	N	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) CHLAMYDIA ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	5,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.89.3	N	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa) CHLAMYDIA AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG AM MIKROSKOP (Färbung Jod, Giemsa)	3,40
90.89.4	N	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.) CHLAMYDIA AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG (I.F.)	3,60
90.89.5	N	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE CHLAMYDIA KULTUR	25,20
90.90.1	N	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.) CHLAMYDIA DIREKTER NACHWEIS (E.I.A.)	7,80
90.90.2	N	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.) CHLAMYDIA DIREKTER NACHWEIS (I.F.)	14,00
90.90.3	N	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione) CHLAMYDIA DIREKTER NACHWEIS (mit Hybridisation)	26,70
90.90.4	N	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA CLOSTRIDIUM DIFFICILE AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	11,40
90.90.5	N	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE CLOSTRIDIUM DIFFICILE KULTUR	11,40
90.91.1	N	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINE IM STUHL DIREKTER NACHWEIS (E.I.A.)	5,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.91.2	N	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENE IM STUHL DIREKTER NACHWEIS (E.I.A.)	3,40
90.91.3	N	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.) CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENE IM STUHL DIREKTER NACHWEIS (I.F.)	5,20
90.91.4	N	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE ENTEROPATHOGENE E. COLI IM STUHL KULTUR	2,10
90.91.5	N	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA PATHOGENE E. COLI AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20
90.92.1	N	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA PATHOGENE E. COLI AUS KULTUR SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,20
90.92.2	N	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.) ECHINOCOCCUS [HYDATIDOSE] ANTIKÖRPER (E.I.A.)	7,80
90.92.3	N	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.) ECHINOCOCCUS [HYDATIDOSE] ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.H.A.)	8,10
90.92.4	N	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.) ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTIKÖRPER (E.I.A.)	16,00
90.92.5	N	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva) ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTIKÖRPER (Titrierung durch passive Hämoagglutination)	6,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.93.1	N	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica) ENTAMOEBA HISTOLYTICA IM STUHL KULTUR (Xenonkultur)	7,60
90.93.2	N	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test) ENTEROBIUS VERMICULARIS [MADENWURM] MIKROSKOPISCHER NACHWEIS - Im Stuhl [perianales Material] auf Klebecellophan (scotch test)	3,10
90.93.3	N	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni KULTUR AUS VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen	6,70
90.93.4	N	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae KULTUR AUS PROBEN VOM UROGENITALTRAKT - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen - Ausgenommen: Neisseria gonorrhoeae	6,20
90.93.5	N	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis KULTUR AUS PROBEN VON DER MUND-RACHEN-NASENHÖHLE - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen - Ausgenommen: Neisseria meningitidis	6,20
90.94.1	N	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni KULTUR UNTERSUCHUNG VON BLUT [HÄMOKULTUR] - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen	26,40
90.94.2	N	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Incluso: conta batterica KULTUR UNTERSUCHUNG DES HARNES [HARNKULTUR] - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen - Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung	8,30
90.94.3	N	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae KULTUR UNTERSUCHUNG DES STUHLES [KOPROKULTUR] - Nachweis von Salmonellen, Shigellen und Campylobacter - Ausgenommen: enteropathogene E. Coli, Yersinia, Vibrio Cholerae	9,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.94.4	N	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A. o I.F.) HELICOBACTER PYLORI ANTIKÖRPER (E.I.A. oder I.F.))	11,00
90.94.5	N	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE HELICOBACTER PYLORI IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR	4,40
90.94.6	I	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI (E.I.A.) HELICOBACTER PYLORI ANTIGEN IM STUHL (E.I.A.)	25,80
90.95.1	N	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica) HELICOBACTER PYLORI UREASE IN BIOPTISCHEM MATERIAL (Biochemische Prüfung)	6,20
90.95.2	N	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.) LEGIONELLA ANTIKÖRPER (E.I.A.)	6,50
90.95.3	N	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) LEGIONELLA ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.F.)	18,40
90.95.4	N	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE LEGIONELLA IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR	7,60
90.95.5	N	LEGIONELLA ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici) DIREKTNACHWEIS VON LEGIONELLA-ANTIGENEN IN BIOLOGISCHEN PROBENMATERIALIEN (Immunologische Methode)	16,75
90.96.1	N	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) LEISHMANIA ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.F.)	10,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.96.2	N	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) LEISHMANIA IN BIOPTISCHEM MATERIAL MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (Giemsa)	4,00
90.96.3	N	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.) LEPTOSPIREN ANTIKÖRPER (E.I.A.)	13,90
90.96.4	N	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) LEPTOSPIREN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	7,90
90.96.5	N	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi) LEPTOSPIREN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Mikroagglutination und Lysis)	9,60
90.97.1	N	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) LISTERIA MONOCYTOGENES ANTIKÖRPER (Titrierung mit Agglutination)	3,70
90.97.2	* - N	MICETI ANTICORPI (D.I.D.) MYCETEN ANTIKÖRPER (Immunodiffusion)	11,30
90.97.3	* - N	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici) MYCETEN [HEFEN] ANTIMYKOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C., bis 5 Antimykotika)	10,50
90.97.4	N	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA MYCETEN [HEFEN] BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	11,40
90.97.5	N	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) MYCETEN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Agglutination)	5,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
90.97.6	I	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI (Metodi immunologici) NACHWEIS ZELLURÄRER UND EXTRAZELLULÄRER ANTIGENE VON HEFEN UND FILAMENTÖSEN PILZEN IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBENMATERIALIEN (Immunologische Methoden)	29,60
90.98.1	N	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) MYCETEN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	5,30
90.98.2	N	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica) MYCETEN AUS KULTUR MIKROSKOPISCHE IDENTIFIZIERUNG (Beobachtung der Morphologie)	2,70
90.98.3	N	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA MYCETEN AUS KULTUR SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,20
90.98.4	N	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE MYCETEN IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN KULTUR	3,30
90.98.5	N	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA MYCETEN IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	2,70
91.01.1	N	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO - Metodo radiometrico e non radiometrico, almeno 3 antibiotici MYKOBAKTERIEN-ANTIBIOGRAMM IN FLÜSSIG-NÄHRMEDIUM - Radiometrische und nicht radiometrische Methode, mindestens 3 Antibiotika	56,80
91.01.2	N	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici) MYKOBAKTERIEN ANTIBIOGRAMM AUS KULTUR (Übliche Methode, mindestens 3 Antibiotika)	10,80
91.01.3	N	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.) MYKOBAKTERIEN ANTIKÖRPER (E.I.A.)	10,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.01.4	N	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico) MYKOBAKTERIEN AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG (Prüfung der NAP Hemmung, radiometrische Methode)	15,50
91.01.5	N	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA MYKOBAKTERIEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20
91.02.1	R - N	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena) MYKOBAKTERIEN AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG MIT HYBRIDISATION (Nach polimerasischer Kettenreaktion [PCR])	37,50
91.02.2	N	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE - Metodo radiometrico e non radiometrico MYKOBAKTERIENKULTUR IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBENMATERIALIEN - Radiometrische und nicht radiometrische Methode	16,00
91.02.3	N	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale) MYKOBAKTERIEN IN BIOLOGISCHEN PROBEN KULTUR (übliche Methode)	8,60
91.02.4	N	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun) MYKOBAKTERIEN IN BIOLOGISCHEN PROBEN MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	3,60
91.02.5	N	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.) MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTIKÖRPER (E.I.A.)	11,20
91.03.1	N	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.F.)	7,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.03.2	N	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA MYCOPLASMA PNEUMONIAE AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20
91.03.3	N	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA MYCOPLASMA PNEUMONIAE AUS KULTUR SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,20
91.03.4	N	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE MYCOPLASMA PNEUMONIAE IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN MATERIALIEN KULTUR	7,80
91.03.5	N	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE NEISSERIA GONORRHOEAE KULTUR	3,20
91.03.6	I	MICOPLASMI/UREAPLASMA RICERCA E IDENTIFICAZIONE. NACHWEIS UND IDENTIFIKATION VON MYKOPLASMEN UND UREAPLASMEN	13,83
91.04.1	N	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE NEISSERIA MENINGITIDIS KULTUR	3,20
91.04.2	N	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NEISSERIAE BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	11,40
91.04.3	N	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA NEISSERIAE SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,20
91.04.4	N	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa) PARASITEN [HELMINTHEN, PROTOZOEN] IM BLUT MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (Giemsa)	3,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.04.5	N	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA PARASITEN IN BIOLOGISCHEN MATERIALIEN MAKRO-UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	3,60
91.04.6	I	PARASSITI - RICERCA ANTICORPALE (E.I.A), NAS PARASITEN ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (E.I.A.), NNB	16,00
91.04.7	I	PARASSITI - RICERCA ANTICORPALE (I.F.), NAS PARASITEN ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (I.F.), NNB	12,60
91.04.9	I	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) NAS ANTI KÖRPERNACHWEIS VON PARASITEN (HELMINTHEN, PROTOZOEN) MITTELS IMMUNOBLOTTING (Bestätigungstest) NNB	52,25
91.05.1	N	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA PARASITEN IM DARM [HELMINTEN, PROTOZOEN] MAKRO- UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	2,70
91.05.2	N	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica) PARASITEN IM DARM [HELMINTEN, PROTOZOEN] MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (trichromische Färbung)	4,70
91.05.3	N	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica) PARASITEN IM DARM [PROTOZOEN] KULTUR (Xenogene Kultur)	7,60
91.05.4	N	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.) PARASITEN IM DARM MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (Nach Konzentration oder Anreicherung)	4,70
91.05.5	N	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa PLASMODIEN DER MALARIA IM BLUT MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (Giemsa) - Dünner Ausstrich und dicker Tropfen	3,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.05.6	I	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA DIRETTA ANTIGENI (Metodi immunologici) MALARIA-PLASMODIEN ζ DIREKTER ANTIGENNACHWEIS IM BLUT (Immunologische Methoden)	14,50
91.06.1	N	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) PLASMODIUM FALCIPARUM ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.F.)	7,90
91.06.2	N	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO PNEUMOCYSTIS CARINII IN BRONCHIALLAVAGE MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	4,00
91.06.3	N	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.) PNEUMOCYSTIS CARINII IN BRONCHIALLAVAGE DIREKTER NACHWEIS (I.F.)	7,20
91.06.4	N	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE PROTOZOEN IN VERSCHIEDENEN MATERIALIEN KULTUR	7,60
91.06.5	N	RICKETTSIE ANTICORPI IgG o IgM (Titolazione mediante I.F.) RICKETTSIEN ANTIKÖRPER IgG oder IgM (Titrierung mit I.F.)	5,00
91.06.6	I	PROTOZOI AG. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI identificazione diretta E.I.A., I.F.) PROTOZOEN ZELLULÄRE UND EXTRAZELLULÄRE ANTIGENE AUF BIOLOGISCHEM MATERIAL (direkte Identifizierung E.I.A., IF)	13,00
91.07.1	N	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX] RICKETTSIEN ANTIKÖRPER [ANTIPROTEUS SSP.] (Titrierung mit Agglutination) [WEIL FELIX]	8,20
91.07.2	N	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.) SALMONELLEN ANTIKÖRPER (E.I.A.)	6,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.07.3	N	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL] SALMONELLEN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Agglutination) [WIDAL]	3,30
91.07.4	N	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO SALMONELLEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE UND SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG DER GRUPPE	7,30
91.07.5	N	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA SALMONELLEN AUS KULTUR SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	9,10
91.07.6	I	SALMONELLA NELLE FECI RICERCA SALMONELLENNACHWEIS IM STUHL	4,20
91.08.1	N	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT] SALMONELLEN UND BRUCELEN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Agglutination) [WIDAL-WRIGHT]	6,60
91.08.2	N	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva) SCHISTOSOMA ANTIKÖRPER (Titrierung mit passiver Hämagglutination)	6,20
91.08.3	N	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA SHIGELLEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE UND SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20
91.08.4	N	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE IM VAGINALEN TUPFERABSTRICH KULTUR	3,70
91.08.5	N	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.] STREPTOCOCCUS ANTIKÖRPER ANTI ANTISTREPTOLYSIN [A.S.T.]	4,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.08.6	I	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici) DIREKTER ANTIGENNACHWEIS VON STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IM HARN (Immunologische Methoden)	29,25
91.09.1	N	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B STREPTOCOCCUS ANTIKÖRPER ANTI DNSase B	5,90
91.09.2	N	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE STREPTOCOCCUS PYOGENES IM OROPHARYNGEALEN TUPFERABSTRICH KULTUR	5,80
91.09.3	N	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.) TOXOCARA ANTIKÖRPER (E.I.A.)	16,00
91.09.4	N	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	11,00
91.09.5	N	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON] TOXOPLASMA ANTIKÖRPER (Titrierung mit Agglutination) [FULTON TEST]	3,40
91.09.6	I	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma) TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	71,54
91.09.7	I	TOSSINE - RICERCA ANTICORPALE (E.I.A.), NAS TOXINE ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (E.I.A.), NNB	10,30
91.10.1	N	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) TOXOPLASMA ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.F.)	11,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.10.2	N	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.) TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (E.I.A.)	6,60
91.10.3	N	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS] TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (I.F.) [FTA-ABS]	8,20
91.10.4	N	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA] TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (Qualitativer Nachweis mit passiver Hämagglutination) [TPHA]	3,50
91.10.5	N	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA] TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (Quantitativer Nachweis mit passiver Hämagglutination) [TPHA]	5,80
91.10.A	I	TRICHOMONAS VAGINALIS ANTIGENI RICERCA DIRETTA (metodi immunologici) TRICHOMONAS VAGINALIS DIREKTER ANTIGENNACHWEIS (immunologische Methoden)	9,25
91.11.1	N	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR] TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER ANTICARDIOLIPIN (Flockungsreaktion [VDRL] [RPR]	3,40
91.11.2	N	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE TRICHOMONAS VAGINALIS IM VAGINALSEKRET KULTUR	4,10
91.11.3	N	VIBRIO CHOLERAЕ NELLE FECI ESAME COLTURALE VIBRIO CHOLERAЕ IM STUHL KULTUR	2,10
91.11.4	N	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA VIBRIO AUS KULTUR BIOCHEMISCHE UND SEROLOGISCHE IDENTIFIZIERUNG	8,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.11.5	R - N	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena) VIRUS NUKLEINSÄURE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL HYBRIDISATION NNB (Nach polymerasischer Kettenreaktion [PCR])	63,50
91.12.1	R - N	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena) VIRUS NUKLEINSÄURE IN BIOLOGISCHEN MATERIAL HYBRIDISATION NNB (Nach polymerasischer Kettenreaktion [PCR])	69,90
91.12.2	R - N	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS VIRUS NUKLEINSÄURE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL DIREKTE HYBRIDISATION NNB	34,10
91.12.3	N	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) VIRUS ADENOVIRUS ANTIKÖRPER (E.I.A.)	12,70
91.12.4	N	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS ADENOVIRUS ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	6,50
91.12.5	N	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido) VIRUS ADENOVIRUS IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR (Schnellmethode)	28,00
91.13.1	N	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	5,20
91.13.2	N	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) VIRUS ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Bestätigung)	36,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.13.3	N	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico VIRUS ANTIGENE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL DIREKTER NACHWEIS (Passive Agglutination) - Adenovirus, Rotavirus, Viren des Magen-Darmtraktes	6,30
91.13.4	N	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus VIRUS ANTIGENE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL DIREKTER NACHWEIS (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	6,30
91.13.5	N	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio VIRUS ANTIGENE IN BIOLOGISCHEM MATERIAL DIREKTER NACHWEIS (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Viren der Atemwege	10,00
91.14.1	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG o IgA (E.I.A.) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgA (E.I.A.)	11,00
91.14.2	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	5,30
91.14.3	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS ANTIKÖRPER IgM (E.I.A.)	11,00
91.14.4	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG MIT HYBRIDISATION	36,20
91.14.5	R - N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN MATERIALIEN NACHWEIS MIT KULTUR (Schnellmethode)	28,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.15.1	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS IN MUTTERMILCH UND IM RACHENABSTRICH (Übliche Methode)	50,40
91.15.2	R - N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS IM BLUT NUKLEINSÄURE IDENTIFIZIERUNG MIT HYBRIDISATION	36,20
91.15.3	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) VIRUSZYITOMEGALOVIRUS IM BLUT KULTUR (übliche Methode)	50,40
91.15.4	N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS IM HARN KULTUR (übliche Methode)	50,40
91.15.5	R - N	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS IM HARN NUKLEINSÄURE IDENTIFIZIERUNG MIT HYBRIDISATION	36,20
91.15.6	I	VIRUS CITOMEGALOVIRUS PP 65 VIRUS ZYTOMEGALOVIRUS PP65 NACHWEIS	36,20
91.16.1	N	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	6,50
91.16.2	N	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI IgG o IgM (Titolazione mediante I.F.) VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTIKÖRPER IgG oder IgM (Titrierung mit I.F.)	12,40
91.16.3	N	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio VIRUS AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG (mit I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Viren der Atemwege	5,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.16.4	R - N	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico VIRUS AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG (mit Elektronenmikroskop) - Viren des Magen-Darmtraktes	28,00
91.16.5	N	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico VIREN AUS KULTUR IDENTIFIZIERUNG (mit Neutralisierung) - Viren des Gastrointestinaltraktes	7,60
91.17.1	N	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI VIRUS HEPATITIS A [HAV] ANTIKÖRPER	11,00
91.17.2	N	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM VIRUS HEPATITIS A [HAV] ANTIKÖRPER IgM	11,00
91.17.3	R - N	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena) VIRUS HEPATITIS B [HBV] NUKLEINSÄURE HYBRIDISATION (Nach polymerasischer Kettenreaktion [PCR])	63,40
91.17.4	R - N	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA VIRUS HEPATITIS B [HBV] NUKLEINSÄURE DIREKTE HYBRIDISATION	36,20
91.17.5	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBcAg	11,00
91.18.1	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBcAg IgM	11,00
91.18.2	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBeAg	11,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.18.3	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBsAg	11,00
91.18.4	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIGEN HBeAg	11,00
91.18.5	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIGEN HBsAg	9,00
91.19.1	N	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma) VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIGEN HBsAg (Bestätigung)	13,80
91.19.2	R - N	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI VIRUS HEPATITIS B [HBV] DNS POLYMERASE	23,30
91.19.3	N	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA VIRUS HEPATITIS C [HCV] QUALITATIVE ANALYSE DER HCV RNS	63,00
91.19.4	R - N	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA VIRUS HEPATITIS C [HCV] QUANTITATIVE ANALYSE DER HCV RNS	77,50
91.19.5	N	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI VIRUS HEPATITIS C [HCV] ANTIKÖRPER	11,00
91.20.1	N	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) VIRUS HEPATITIS C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Bestätigung)	69,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.20.2	R - N	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA VIRUS HEPATITIS C [HCV] GENOM TYPISIERUNG	77,50
91.20.3	N	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI VIRUS HEPATITIS DELTA [HDV] ANTIKÖRPER	12,00
91.20.4	N	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM VIRUS HEPATITIS DELTA [HDV] ANTIKÖRPER IgM	21,70
91.20.5	N	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg VIRUS HEPATITIS DELTA [HDV] ANTIGEN HDVAg	18,00
91.21.1	N	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.) VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTIKÖRPER (EA oder EBNA oder VCA) (E.I.A.)	13,50
91.21.2	N	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.) VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTIKÖRPER (EA oder EBNA oder VCA) (Titrierung mit I.F.)	12,50
91.21.3	N	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido) VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] HETEROPHILE ANTIKÖRPER (Schnelltest)	7,60
91.21.4	N	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN] VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] HETEROPHILE ANTIKÖRPER [R.PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	8,70
91.21.5	N	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS HERPES ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	6,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.22.1	N	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI IgG o IgM VIRUS HERPES SIMPLEX (TYP 1 oder 2) ANTIKÖRPER IgG oder IgM	11,00
91.22.2	R - N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV] QUALITATIVE ANALYSE DER RNS (Nach polymerasischer Kettenreaktion [PCR])	63,00
91.22.3	R - N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV] QUANTITATIVE ANALYSE DER RNS (Nach polymerasischer Kettenreaktion [PCR])	77,50
91.22.4	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER	11,00
91.22.5	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Bestätigung)	69,80
91.23.1	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Bestätigung)	85,60
91.23.2	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIKÖRPER ANTI ANTIGEN P 24 (E.I.A.)	21,70
91.23.3	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIGEN P24 (E.I.A.)	25,70
91.23.4	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIGEN P24 AUS LYMPHOZYTENKULTUR (E.I.A.)	70,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.23.5	N	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 2] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Bestätigung)	63,40
91.24.1	N	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido) VIREN IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR (Schnelle Methode)	28,00
91.24.2	N	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio VIREN IN BIOLOGISCHEM MATERIAL KULTUR (Übliche Methode) - Herpes, Varicellen/Herpes, Viren des Gastrointestinaltraktes, der Atemwege	50,40
91.24.3	N	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.) VIRUS MASERN ANTIKÖRPER (E.I.A.)	7,80
91.24.4	N	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.) VIRUS MASERN ANTIKÖRPER (I.F.)	7,80
91.24.5	N	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS MASERN ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	6,50
91.25.1	N	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) VIRUS MUMPS ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	9,10
91.25.2	N	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.) VIRUS MUMPS ANTIKÖRPER (I.F.)	5,90
91.25.3	N	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS MUMPS ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	7,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.25.4	N	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	7,80
91.25.5	N	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) VIRUS RESPIRATORY SYNCYTIAL ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	9,10
91.26.1	N	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.) VIRUS RESPIRATORY SYNCYTIAL ANTIKÖRPER (I.F.)	7,20
91.26.2	N	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS RESPIRATORY SYNCYTIAL ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	4,80
91.26.3	R - N	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2 VIRUS RETROVIRUS ANTIKÖRPER GEGEN HTLV1-HTLV2	63,00
91.26.4	N	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG o IgM	11,00
91.26.5	N	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.) VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER (Titrierung mit I.H.A.)	4,00
91.27.1	N	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.) VIRUS VARIZELLEN-ZOSTER ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	7,80
91.27.2	N	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG o IgM (I.F.) VIRUS VARIZELLEN-ZOSTER ANTIKÖRPER IgG oder IgM (I.F.)	7,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.27.3	N	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) VIRUS VARIZELLEN-ZOSTER ANTIKÖRPER (Titrierung mit Komplementbindung)	7,20
91.27.4	N	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA YERSINIA AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	6,50
91.27.5	N	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE YERSINIA IM STUHL KULTUR	2,10
91.27.6	I	VIRUS - RICERCA ANTICORPALE (E.I.A), NAS VIRUS ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (E.I.A.), NNB	12,70
91.27.7	I	VIRUS - RICERCA ANTICORPALE (I.F.), NAS VIRUS ANTIKÖRPER BESTIMMUNG (I.F.), NNB	12,40
91.28.1	R - N	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro" IN VITRO CHROMOSOMENBRÜCHIGKEITS TEST - Mit Hilfe von Klastogenen "in vitro"	130,10
91.28.2	R - N	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI ZYTOGENETISCHER NACHWEIS VON FRAGILEN STELLEN	124,00
91.28.3	R - N	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI CHROMATIDENAUSTAUSCH - TEST	120,30
91.28.4	R - N	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO NACHWEIS VON CHROMOSOMEN - MOSAIKEN	112,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.28.5	R - N	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI ANALYSE INDUZIERTER CHROMOSOMEN ABERRATIONEN	124,00
91.28.6	I	REAZIONE POLIMERASICA A CATENA STANDARD CON ELETTROFORESI (PCR), NAS POLYMERASE KETTENREAKTION MIT ELEKTROPHORESE (PCR), NNB	62,00
91.29.1	R - N	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot) DNA ANALYSE UND HYBRIDISIERUNG MIT GENSONDE (Southern Blot)	126,50
91.29.2	R - N	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi NACHWEIS von DNA-POLYMORPHISMUS - Mittels PCR, enzymat Spaltung und Elektrophorese	64,60
91.29.3	R - N	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi NACHWEIS VON DNA MUTATIONEN - Mit PCR und Elektrophorese	56,80
91.29.4	R - N	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate NACHWEIS VON DNA MUTATIONEN - Mittels PCR und Hybridisierung von nicht radioaktiv markierten Gensonden	120,10
91.29.5	R - N	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate NACHWEIS VON DNA MUTATIONEN - Mittels PCR und Hybridisierung von radioaktiv markierten Gensonden	120,10
91.30.1	R - N	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni) NACHWEIS VON DNA MUTATIONEN - Mittels reverse Dot Blot (von 2 bis 10 Mutationen)	158,60
91.30.2	R - N	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus) NACHWEIS VON DNA POLYMORPHISMEN (str, VNTR) - Mit PCR und Elektrophorese (pro Locus)	127,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.30.3	R - N	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp) DNA-ABSCHNITTUNTERSUCHUNG MITTELS SEQUENZUIERUNG - (Ca. 400 bp Blöcke)	156,00
91.30.4	R - N	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande) HIGH-RESOLUTION BANDING - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 550 Banden)	115,20
91.30.5	R - N	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande) KARYOTYP AUS FIBROBLASTEN METAPHASEN ODER WEITEREN GEWEBEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 320 Banden)	93,00
91.31.1	R - N	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande) KARYOTYP AUS AMNIOZYTEN METAPHASEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 320 Banden)	112,10
91.31.2	R - N	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande) KARYOTYP AUS LYMPHOZYTEN METAPHASEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 320 Banden)	93,00
91.31.3	R - N	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande) KARYOTYP AUS SPONTANEN KNOCKENMARKMETAPHASEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 320 Banden)	110,50
91.31.4	R - N	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande) KARYOTYP AUS CHORIONZOTTENMETAPHASEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 300 Banden)	112,10
91.31.5	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: Actinomycin D	28,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.32.1	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: C Bänderung	28,40
91.32.2	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: G Bänderung	24,80
91.32.3	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: G-high resolution Bänderung	27,90
91.32.4	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: NOR Bänderung	28,40
91.32.5	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: Q Bänderung	26,10
91.33.1	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: R Bänderung	24,80
91.33.2	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: T Bänderung	25,60
91.33.3	R - N	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A ZUSATZ BÄNDERUNGSMETHODE: Dystamicin A	28,40
91.33.4	R - N	COLTURA DI AMNIOCITI AMNIOZYTEN KULTUR	89,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.33.5	R - N	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI ZELLKULTUREN AUS VERSCHIEDENEN GEWEBEN	87,80
91.34.1	R - N	COLTURA DI FIBROBLASTI FIBROBLASTENKULTUREN	118,80
91.34.2	R - N	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS KULTUR STABILISIERTER FIBROBLASTEN MITTELS VIRUS	143,60
91.34.3	R - N	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA KULTUR STABILISIERTER LYMPHOZYTEN LINIEN MITTELS VIREN ODER INTERLEUKIN	122,90
91.34.4	R - N	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA FETALE LYMPHOZYTENKULTUREN MIT PHA	95,50
91.34.5	R - N	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI PERIPHERE LYMPHOZYTENKULTUREN MIT PHA ODER ANDEREN MITOGENEN	80,10
91.35.1	R - N	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO KULTUR VON ABORT MATERIAL	118,80
91.35.2	R - N	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna) HAEMOPOIETISCHE ZELLKULTUR - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Jede Kultur)	93,00
91.35.3	R - N	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine) KULTUR AUS CHORIONZOTTEN (Kurzzeit)	82,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.35.4	R - N	COLTURA DI VILLI CORIALI KULTUR AUS CHORIONZOTTEN	119,80
91.35.5	R - N	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti KULTUR ZUR BESTIMMUNG DES INAKTIVEN X-CHROMOSOMES - Periphere Lymphozyten, andere Zellen	58,60
91.36.1	R - N	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA DNA ODER RNA PROBEN-AUFBEWAHRUNG	40,50
91.36.2	R - N	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI KRYOKONSERVIERUNG VON ZELLKULTUREN IN FLUESSINGEM STICKSTOFF	32,90
91.36.3	R - N	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI ZELLEN UND GEWEBE-KRYOKONSERVIERUNG IN FLUESSINGEM STICKSTOFF	32,90
91.36.4	R - N	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE DNA-SPALTUNG MIT RESTRIKTIONS-ENZYMEN	42,40
91.36.5	R - N	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali DNA-ODER RNA EXTRAKTION (Zellkerne oder Mitochondria) - Aus peripheren Blut, Geweben, Zellkulturen, Chorionzotten	45,50
91.37.1	R - N	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE HYBRIDISIERUNG MIT GENSONDE	81,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.37.2	R - N	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC IN SITU HYBRIDISIERUNG (FISH) AUF METAPHASEN, INTERPHASENKERNEN ODER GEWEBESCHNITTEN - Mittels YAC Genomsequenzen	282,50
91.37.3	R - N	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonda molecolari a singola copia in cosmide IN SITU HYBRIDISIERUNG (FISH) AUF METAPHASEN, INTERPHASENKERNEN ODER GEWEBESCHNITTEN - Mittels single copy-Cosmidsonden	186,40
91.37.4	R - N	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonda molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute IN SITU HYBRIDISIERUNG (FISH) AUF METAPHASEN, INTERPHASENKERNEN ODER GEWEBESCHNITTEN - Mittels alfa-Satelliten Sonden und andere repetitiv Sequenzsonden	150,30
91.37.5	R - N	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonda molecolari painting IN SITU HYBRIDISIERUNG (FISH) AUF METAPHASEN, INTERPHASENKERNEN ODER GEWEBESCHNITTEN - Mittels Painting-Sonden	186,40
91.38.1	R - N	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA) BESTIMMUNG DER (DGGE) MUTATION - Bestimmung des Heteroduplex (HA)	120,60
91.38.2	R - N	RICERCA MUTAZIONE (SSCP) BESTIMMUNG DER(SSCP) MUTATION	120,60
91.38.3	R - N	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno) OLIGONUCLEOTID SYNTSE (Jedes einzelne)	120,60
91.38.4	R - N	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA ANALYSE DES ZELLULÄREN DNA FÜR DIE ZYTOMETRICHE UNTERSUCHUNG DES ZELLZYKLUS UND DER PLOIDIE	47,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.38.5	N	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test] ZERVIX - VAGINAL ABSTRICH [PAP-Test]	11,20
91.38.6	I	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE SU STRATO SOTTILE [PAP Test su strato sottile] ZERVIX- VAGINAL ABSTRICH [PAP-Test] MITTELS DÜNNSCHICHTPRÄPARATE (Thin Prep)	15,00
91.38.D	I	ES. CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE NAS (Per ciascun campione). Non associabile alle prestazioni da 91.38.5 a 91.39.4 ZYOLOGISCHE UNTERSUCHUNG MITTELS DÜNNSCHICHTPRÄPARATE NNB (einzelne Gewebeprobe). Der Kodex kann nicht in Kombination mit den Kod. von 91.38.5 bis 91.39.4 verwendet werden	17,00
91.39.1	N	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS ZYOLOGISCHE UNTERSUCHUNG FEINNADEL PUNKTION NNB	33,80
91.39.2	N	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni) ZYOLOGISCHE UNTERSUCHUNG SPUTUM PROBE (Bis zu 5 Präparaten und/oder Färbungen)	27,20
91.39.3	N	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni) ZYOLOGISCHE UNTERSUCHUNG ERGÜSSE (Bis zu 5 Präparaten und/oder Färbungen)	27,20
91.39.4	N	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni) ZYOLOGISCHE UNTERSUCHUNG HARNPROBE AUF TUMOR ZELLEN - (Bis zu 5 Präparaten und/oder Färbungen)	14,10
91.39.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo. In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER GELENKE: Sehnen-Bindegewebe. Bei Dupuytren- und De Quervain' scher Krankheit	27,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.40.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER GELENKE: Biopsie von Synovia und Sehnen	27,20
91.40.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES AUGENBULBUS: einfache Biopsie	14,10
91.40.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER MUNDHÖHLE: einfache Biopsie	14,10
91.40.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT (Exkochleation oder Stanze)	14,10
91.40.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT UND/ODER DER WEICHGEWEBE: Exzision	27,20
91.40.6	I	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale neoformazioni multiple HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT UND/ODER DER WEICHGEWEBE: Exzision multipler Neubildungen	62,00
91.41.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT UND/ODER DER WEICHGEWEBE: Teillexzision	14,10
91.41.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: Leberfeinnadelbiopsie	39,40
91.41.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: endoskopische Biopsie (Eine Entnahmestelle)	14,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.41.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: endoskopische Biopsie (Mehrere Entnahmestellen)	46,50
91.41.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: Speicheldrüsenbiopsie	14,10
91.42.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: Endoskopische Biopsie (Mehrere Entnahmestellen)	46,50
91.42.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES VERDAUUNGSTRAKTES: Endoskopische Polypektomie (Einfach)	14,10
91.42.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES SKELETTMUSKELS: Inzisionsbiopsie oder Stanze	43,60
91.42.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: Nadelbiopsie der Pleura	43,60
91.42.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: Biopsie der Nasenhöhlen	14,10
91.43.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: Bronchusbiopsie (eine Entnahmestelle)	14,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.43.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: Endobronchiale Biopsie (Mehrere Entnahmestellen)	46,50
91.43.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: Larynxbiopsie	14,10
91.43.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES RESPIRATIONSTRAKTES: multiple Biopsien der Atemwege (Mehrere Entnahmestellen)	46,50
91.43.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: FNP des Ovars	46,50
91.44.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Stanzbiopsie der Prostata	46,50
91.44.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Biopsie der testikulären Adnexen	14,10
91.44.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Biopsie der Zervix und des Endometrium - (mit Zervixabradat)	46,50
91.44.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Biopsie der Zervix Uteri	14,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.44.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Biopsie des Endometrium (VABRA)	14,10
91.45.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: endoskopische Harnblasenbiopsie (Eine Entnahmestelle))	14,10
91.45.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: endoskopische Harnblasenbiopsien (Mehrere Entnahmenstellen)	46,50
91.45.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Penisbiopsie	14,10
91.45.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Hodenbiopsie	14,10
91.45.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Vaginalbiopsie	14,10
91.46.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Vulvabiopsie (Eine Entnahmestelle)	14,10
91.46.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Vulvabiopsie (Mehrere Entnahmestellen)	46,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.46.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: Zervixbiopsien (Mehrere Entnahmestellen)	46,50
91.46.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES UROGENITALAPPARATES: endozervicale Polypektomie	14,10
91.46.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER BRUSTDRÜSE: stereotaktische Biopsie	46,50
91.47.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulectomia HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER BRUSTDRÜSE: Nodulektomie	27,20
91.47.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES HÄMOPOIETISCHEN SYSTEMS: Nadelbiopsie Lymphknoten	46,50
91.47.3	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple) HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES HÄMOPOIETISCHEN SYSTEMS: Nadelbiopsien Lymphknoten (Mehrere Entnahmestellen)	79,60
91.47.4	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES HÄMOPOIETISCHEN SYSTEMS: Entfernung eines oberflächlichen Lymphknotens	79,60
91.47.5	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES HÄMOPOIETISCHEN SYSTEMS: Knochenmarksbiopsie	79,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.48.1	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES ENDOKRINEN SYSTEMS: Schilddrüsen-FNP	46,50
91.48.2	N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P: Biopsia di nervo periferico HISTO-ZYTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DES P.N.S: Biopsie eines peripheren Nerven	27,20
91.48.3	R - N	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.) ELEKTRONENMIKROSKOPISCHE HISTOZYTOPATH. UNTERSUCHUNG (S.E.M.,T.E.M.)	85,10
91.48.4	N	PRELIEVO CITOLOGICO MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE	2,60
91.48.5	N	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO ARTERIELLE BLUTABNAHME	5,20
91.49.1	N	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE KAPILLAERE BLUTABNAHME	2,60
91.49.2	N	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto. VENOESE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	3,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
 CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.49.3	N	PRELIEVO MICROBIOLOGICO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto. MIKROBIOLOGISCHE PROBEENTNAHME. Bei Probenentnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	3,00
91.50	I	DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA ESTEMPORANEA AL CRIOSTATO - Da codificare in aggiunta all'esame istocitopatologico cui si riferisce (91.39.5 - 91.48.2) SCHNELLSCHNITTUNTERSUCHUNG AM GEFRIERSCHNITT - Zusätzlich zur entsprechenden hysto-zytopathologischen Organuntersuchung (91.39.5 - 91.48.2) kodifizieren	46,50
91.50.1	I	LIQUOR: ESAME CHIMICO, FISICO, MORFOLOGICO E MICROSCOPICO LIQUOR: PHYSISCHE, CHEMISCHE, MORPHOLOGISCHE UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG	10,00
99.06.1	N	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE INFUSION VON KOAGULATIONSFAKTOREN	11,60
99.07.1	H - N	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI BLUT- ODER HÄMOKOMPONENTENÜBERTRAGUNG	25,80
99.71	H - N	PLASMAFERESI TERAPEUTICA THERAPEUTISCHE PLASMAPHERESE	439,00
99.72	H - N	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA THERAPEUTISCHE LEUKOAPHERESE	402,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**11 LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGI
CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR; MICROBIOLOGIE-VIROLOGIE; PA**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.73	H - N	ERITROAFERESI TERAPEUTICA THERAPEUTISCHE ERYTROAPHERESE	373,40
99.73.1	H - N	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE ERYTROAPHERESE MIT MEHRFACHBEUTELN	43,90
99.74	H - N	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA THERAPEUTISCHE THROMBOZYTENAPHERESE	408,00
99.75	I	AFERESI PER RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI - Per seduta APHERESE FÜR STAMMZELLEN SAMMLUNG - Jede Prozedur	516,50
99.76	I	SALASSO TERAPEUTICO THERAPEUTISCHER ADERLASS	36,20
99.89	H - I	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA (FEC) - FOTOAFERESI EXTRAKORPORALE PHOTOCHEMOTHERAPIE (EPC) - PHOTOAPHERESE	769,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
 REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.30.1	I	DETERMINAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA CON BIOIMPEDENZA BIOELEKTRISCHE IMPEDANZMESSUNG	18,60
93.01.1	N	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE - Con scala psico-comportamentale ALLGEMEINE FUNKTIONELLE BEURTEILUNG - Mit funktioneller Beurteilungsskala	17,50
93.01.2	N	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA - Con scala psico-comportamentale SEGMENTALE FUNKTIONELLE BEURTEILUNG - Mit funktioneller Beurteilungsskala	17,50
93.01.3	N	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale. Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4) EINZELFUNKTIONSPRÜFUNG - Mit psychologischer Verhaltensbeobachtungsskala. Aufnahmebefund der Kommunikationsstörungen, Darbietung von Sprachtests - Ausgenommen: Aphasietest (94.08.4)	17,50
93.01.4	N	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive FUNKTIONSPRÜFUNG DER HÖHEREN KOGNITIVEN FUNKTIONEN DES KORTEX - Aufnahmebefund der höheren Funktionen des Kortex, die in Beziehung mit Kommunikations- und Sprachstörungen oder anderen Störungen der kognitiven Funktionen stehen.	17,50
93.01.5	I	VALUTAZIONE DIETETICA. TERAPIA DIETETICA - Stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta DIÄTBERATUNG. DIÄTTHERAPIE - Erstellung des Ernährungsplanes. Kontrolle der Diätbehandlung. Pro Sitzung	10,30
93.02	N	VALUTAZIONE ORTOTTICA ORTHOPTISCHE UNTERSUCHUNG	7,80
93.03	N	VALUTAZIONE PROTESICA VERSCHREIBUNG, BEURTEILUNG UND KOLLAUDIERUNG VON HILFSMITTELN	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.04.1	N	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE - Bilancio articolare e muscolare generale MANUELLE MUSKELFUNKTIONSUNTERSUCHUNG - Dokumentierter, genereller Muskel- und Gelenksstatus	17,50
93.04.2	N	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE - Bilancio articolare e muscolare segmentario MANUELLE MUSKELFUNKTIONSUNTERSUCHUNG - Dokumentierter, segmentaler Muskel- und Gelenksstatus	8,75
93.05.1	N	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO TECHNISCH VISUALISIERTE UND DOKUMENTIERTE BEWEGUNGSANALYSE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ODER DES RUMPFES (VIDEO)	19,40
93.05.2	N	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO DYNAMOMETRISCHE ANALYSE DER OBEREN ODER UNTEREN EXTREMITÄTEN ODER DES RUMPFES	10,90
93.05.3	N	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE SEGMENTALE ISOKINETISCHE DYNAMOMETRISCHE ANALYSE	13,40
93.05.4	N	TEST POSTUROGRAFICO POSTUROGRAFISCHER TEST	8,00
93.05.5	N	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO STATISCHER UND DYNAMISCHER STABILOMETRISCHER TEST	9,70
93.08.1	N	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17) EINFACHE ELEKTROMYOGRAPHIE [EMG] - Qualitative oder quantitative Bewertung pro Muskel. Ausgenommen: EMG des Auges (95.25), urethrales Sphinkter-EMG (89.23), EMG mit Polysomnogramm (89.17)	10,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
 REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.08.2	N	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre EINZELFASERELEKTROMYOGRAPHIE - Faserdichte	10,30
93.08.3	N	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago ELEKTROMYOGRAPHIE DER MOTORISCHEN EINHEIT - Nadel-EMG	10,30
93.08.4	N	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25) EMG FÜR SPEZIELLE MUSKELN [Larynx-u. Perineal Muskeln] - Ausgenommen: EMG des Urethralosphinkters (89.23), EMG der Augenmuskeln (95.25)	13,40
93.08.5	N	RISPOSTE RIFLESSE - H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei - Incluso: EMG REFLEXANTWORTEN - H, F, Blinkreflex, Bulbocavernosusreflex, Exterozeptische Reflexe, Sehnenreflexe - Inbegriffen: EMG	10,30
93.09.1	N	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA - Per nervo MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT - Jeder Nerv	10,30
93.09.2	N	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Per nervo SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT - Jeder Nerv	10,30
93.11.1	N	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA - Per seduta di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) INDIVIDUELLE KOMPLEXE HEILGYMNASTIK BEI SCHWERER BEHINDERUNG - Pro Sitzung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	26,25
93.11.2	N	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE - Incluso: Biofeedback. Per seduta di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute) INDIVIDUELLE EINFACHE HEILGYMNASTIK BEI SCHWERER BEHINDERUNG - Inbegriffen: Biofeedback. Pro Sitzung von 60 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	35,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
 REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.11.3	N	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA - Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) INDIVIDUELLE KOMPLEXE HEILGYMNASTIK BEI SEGMENTALER BEHINDERUNG - Pro Sitzung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.11.4	N	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE - Incluso: Biofeedback. Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) INDIVIDUELLE EINFACHE HEILGYMNASTIK BEI SEGMENTALER BEHINDERUNG - Inbegriffen: Biofeedback. Pro Sitzung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.11.5	N	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO - Per seduta di 60 minuti, max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute) GRUPPENHEILGYMNASTIK - Pro Sitzung von 60 Minuten, max 5 Patienten (Zyklus von 10 Sitzungen)	7,00
93.11.8	I	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS della durata di 30 minuti LOGOPÄDIE - DYSPHAGIE bezüglich der Funktion des Verdauungsapparates, laut ICF der WHO, Sitzung von 30 Minuten	17,50
93.15	N	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta MANUELLE THERAPIE DER WIRBELSÄULE - Manipulation der Wirbelsäule pro Sitzung	14,20
93.16	N	MOBILIZZAZIONE DI ARTICOLAZIONI - Manipolazione incruenta di rigidità di articolazioni MANUELLE THERAPIE DER GELENKE - Manipulation von eingesteiften Gelenken	17,50
93.18.1	N	ESERCIZI RESPIRATORI - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) ATEM THERAPIE - Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.18.2	N	ESERCIZI RESPIRATORI - Per seduta collettiva di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti ATEM THERAPIE - Pro Gruppenbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen) - Max 5 Patienten	3,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
 REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.19.1	N	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) INDIVIDUELLE HALTUNGSGYMNASTIK - Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.19.2	N	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - Per seduta collettiva di 60 minuti , max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute) GRUPPENHALTUNGSGYMNASTIK - Pro Einzelbehandlung von 60 Minuten, max 5 Patienten (Zyklus von 10 Sitzungen)	7,00
93.22	N	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO - Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari. Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) GEHTRAINING - Inbegriffen: Prothesen- und Hilfsmitteltraining, Instruktion für Familienangehörige. Pro Therapieeinheit von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.23.1	I	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA INDIVIDUALIZZATA 2 Intero trattamento ANFERTIGUNG UND ANLEGEN VON STATISCHER INDIVIDUALISierter SCHIENE - Gesamte Behandlung	48,60
93.23.2	I	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA INDIVIDUALIZZATA - Intero trattamento ANFERTIGUNG UND ANLEGEN VON DINAMISCHER INDIVIDUALISierter SCHIENE - Gesamte Behandlung	106,40
93.26	N	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI - Non associabile al codice 93.16 MANUELLE BEHANDLUNG VON GELENKSKONTRAKTUREN - Nicht in Verbindung mit dem Kodex 93.16 kodifizierbar	17,50
93.31.1	N	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA - Per seduta individuale di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) HEILGYMNASTIK IM WASSER - Pro Einzelbehandlung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	26,25
93.31.2	N	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA - Per seduta di gruppo di 45 minuti, max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute) HEILGYMNASTIK IM WASSER - Pro Gruppenbehandlung von 45 Minuten, max 5 Patienten (Zyklus von 10 Sitzungen)	5,25

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.35.3	N	PARAFFINOTERAPIA - Fangoterapia. Per seduta (Ciclo di dieci sedute) PARAFFINTHERAPIE - Moorpakungen. Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	2,30
93.37	N	TRAINING PRENATALE - Training psico-fisico per il parto naturale [ginnastica pelvica, training autogeno respiratorio]. Intero trattamento (6 sedute di 120 minuti o 12 sedute da 60 minuti) PRÄNATALES TRAINING - Psychophysisches Training für eine natürliche Geburt [Autogenes Atemtraining, Gymnastik des Beckenboden]. Gesamte Behandlung (6 Sitzungen von 120 Minuten oder 12 Sitzungen von 60 Minuten)	122,60
93.39.0	* - I	MASSOTERAPIA CONNETTIVALE - Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) BINDEGEWEBSMASSAGE - Pro Sitzung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.39.2	* - N	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO - Per seduta (30 minuti ciascuna) LYMPHDRAINAGE - Pro Sitzung (von 30 Minuten)	17,50
93.39.4	N	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - Diadinamica. Incluso: l'idrogalvanoterapia. Per seduta (Ciclo di dieci sedute) ANALGETISCHE ELEKTROTHERAPIE - Diadynamische Ströme. Inbegriffen: galvanische Bäder. Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10
93.39.5	N	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio). Per seduta (Ciclo di dieci sedute) ANTALGISCHE ELEKTROTHERAPIE - Transkutane Nervenstimulation (TENS, Hochvolt). Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10
93.39.6	N	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO - Per seduta di 15 minuti (Ciclo di dieci sedute) ELEKTROTHERAPIE BEI NORMALEN ODER DENERVIERTEN MUSKELN DER HAND UND DES GESICHTES - Pro Sitzung von 15 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10
93.39.7	N	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI - Per seduta di 15 minuti (Ciclo di dieci sedute) ELEKTROTHERAPIE BEI NORMALEN ODER DENERVIERTEN MUSKELN VON ANDEREN BEREICHEN - Pro Sitzung von 15 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.39.9	N	ULTRASONOTERAPIA - Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute) ULTRASCHALLTHERAPIE - Pro Sitzung von 10 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	3,10
93.39.A	I	TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI AD ALTA ENERGIA PER IL TRATTAMENTO DI RITARDI DI CONSOLIDAZIONE OSSEA ED OSTEONECROSI. Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre terapeutiche, terapia, adeguamento di ortesi, visita di controllo HOCHENERGETISCHE FOKUSSIERTE STOSSWELLENTHERAPIE ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENHEILUNGSSTÖRUNGEN UND OSTEONEKROSEN : Einschließlich: anästhesiologische und prätherapeutische Untersuchungen, Therapie, Orthesenanpassung, Kontrollvisite	700,00
93.3910	I	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA THERAPIE MIT (FOKUSSIERTEN) EXTRAKORPORALEN STOSSWELLEN MITTELS LITHOTRIPSIEGERÄT	65,00
93.71.1	N	TRAINING PER DISLESSIA - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) LOGOPEDIE - DYSLEXIE - Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.71.2	N	TRAINING PER DISLESSIA - Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti LOGOPEDIE - DYSLEXIE - Pro Gruppentherapie von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.71.3	N	TRAINING PER DISCALCULIA - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) LOGOPÄDIE - DYSKALKULIE - Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.71.4	N	TRAINING PER DISCALCULIA - Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti LOGOPÄDIE - DYSKALKULIE - Pro Gruppentherapie von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.72.1	N	TRAINING PER DISFASIA - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) LOGOPÄDIE - DYSPHASIE - Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
 REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.72.2	N	TRAINING PER DISFASIA - Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti LOGOPÄDIE - DYSPHASIE - Pro Gruppentherapie von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen) - Max 5 Patienten	5,25
93.72.5	* - I	TRAINING DEI DISTURBI DELL'UDITO - Per seduta individuale di 30 minuti (ciclo di 10 sedute) LOGOPÄDIE - HÖRSTÖRUNG - Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.72.6	* - I	TRAINING DEI DISTURBI DELL'UDITO - Per seduta collettiva di 45 minuti (ciclo di 10 sedute)- Max 5 pazienti LOGOPÄDIE - HÖRSTÖRUNG - Pro Gruppentherapie von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.72.7	* - I	TRAINING DEI DISTURBI DELL'APPARATO PNEUMO- FONO- ARTICOLATORIO - Per seduta individuale di 30 minuti (ciclo di 10 sedute) LOGOPÄDIE - STÖRUNG DES ATMUNGS - STIMM - ARTIKULATIONS APPARATES - Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.72.8	* - I	TRAINING DEI DISTURBI DELL'APPARATO PNEUMO- FONO- ARTICOLATORIO - Per seduta collettiva di 45 minuti (ciclo di 10 sedute)- Max 5 pazienti LOGOPÄDIE - STÖRUNG DES ATMUNGS - STIMM - ARTIKULATIONS APPARATES - Pro Gruppentherapie von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.78.1	N	RIABILITAZIONE DEL CIECO - Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) BLINDENREHABILITATION - Training der Aktivitäten des täglichen Lebens. Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.78.2	N	RIABILITAZIONE DEL CIECO - Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute)- Max 5 pazienti BLINDENREHABILITATION - Training der Aktivitäten des täglichen Lebens. Pro Gruppenbehandlung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.83	N	TERAPIA OCCUPAZIONALE - Terapia delle attività della vita quotidiana - Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78). Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE - Training der Tätigkeiten des täglichen Lebens (ADL) - Ausgenommen: Blindenrehabilitation (93.78). Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**12 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
REHABILITATION**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.83.1	N	TERAPIA OCCUPAZIONALE - Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute)- Max 5 pazienti BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE - Pro Gruppenbehandlung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
93.89.1	N	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di sei sedute) AUDIOMETRIETRAINING IM KINDESALTER - Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 6 Sitzungen)	17,50
93.89.2	N	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche. Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN - Rehabilitation bei mnesticchen, gnosischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.89.3	N	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche. Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN - Rehabilitation bei mnesticchen, gnosischen und apraktischen Störungen. Pro Gruppenbehandlung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
99.99.1	N	LASER TERAPIA ANTALGICA - Per seduta ANALGETISCHE LASERTHERAPIE - Pro Sitzung	3,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

13 NEFROLOGIA
 NEPHROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
38.94	H - I	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS ODER EINES DOPPELTEN JUGULAR- ODER FEMORALKATHETERS [Dauerkatheter, Katheter mit patientkontrollierter Pumpe, mit Tunnel, mit Port]. Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	284,90
38.94.2	H - I	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA - Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS, PERKUTAN - Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	154,90
38.95	H - N	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE - Singolo o doppio ANLAGE EINES VENÖSEN HÄMODIALYSEKATHETERS - Ein- oder doppellumig	258,20
39.95	R - A	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO CON O SENZA MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI - Incluso: visita, operazioni manuali, farmaci, indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico, medicazioni e fasciature, stesura e modifica del piano emodialitico. Codificabile solo da parte del Centro Emodialisi Alto Adige HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT OHNE ODER MIT HOCHBIOKOMPATIBLEN MEMBRANEN - Inbegriffen: die Visite, die manuellen Tätigkeiten (Handgriffe), die Pharmaka, die mit der Dialysebehandlung verbundenen Laboruntersuchungen, die Verarztungen und das Verbinden, die Erstellung oder die eventuelle Änderung des Behandlungsplans für Hämodialyse. Die Leistung darf nur von dem Privatzentrum kodiert werden	235,00
39.95.1	H - N	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT	215,50
39.95.2	N	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT, LIMITED CARE	129,10
39.95.3	N	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT, HEIMDIALYSE	103,30

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

13 NEFROLOGIA
 NEPHROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
39.95.4	H - N	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI HÄMODIALYSE MIT BICARBONAT UND HOCHBIOKOMPATIBLEN MEMBRANEN	215,50
39.95.5	H - N	EMODIAFILTRAZIONE - Biofiltrazione senza acetato. Biofiltrazione. Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata HÄMODIAFILTRATION - Acetatfreie Biofiltration. Biofiltration. Hämodiafiltration mit hochpermeablen Membranen	232,40
39.95.6	N	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - Biofiltrazione senza acetato. Biofiltrazione. Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata HÄMODIAFILTRATION LIMITED CARE - Biofiltration acetatfrei. Biofiltration. Hämodiafiltration mit hochpermeablen Membranen	206,60
39.95.7	H - N	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE - Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili ANDERE HÄMODIAFILTRATION - Mit Membranen hoher Permeabilität und Biokompatibilität	258,20
39.95.8	H - N	EMOFILTRAZIONE HÄMOFILTRATION	258,20
39.95.9	H - N	EMODIALISI - EMODIAFILTRAZIONE - Tecnica mista HÄMODIALYSE - HÄMODIAFILTRATION - Gemischtes Verfahren	206,60
39.99.1	N	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA BESTIMMUNG DER REZIRKULATION DER ARTERIO - VENÖSEN FISTEL	17,50
54.93	N	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOOPERITONEALE - Inserzione di catetere permanente per dialisi ANLAGE EINER KUTAN- PERITONEALEN FISTEL - Implantation des Dauerkatheters zur Dialyse	104,60
54.98.1	N	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD) AUTOMATISCHE PERITONEALDIALYSE (CCPD)	54,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**13 NEFROLOGIA
NEPHROLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
54.98.2	N	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD) KONTINUIERLICHE PERITONEALDIALYSE (CAPD)	46,50
88.74.5	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI ECHO(COLOR)DOPPLER DER NIEREN UND NEBENNIEREN	34,10
88.75.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE - Vescica e pelvi maschile o femminile. Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler ECHO (COLOR) DOPPLER DES UNTERBAUCHES - Beurteilung der männlichen oder weiblichen Harnblase und Becken. Geburtshilflicher oder gynäkologischer Us mit dopplerflussimetrischer Messung	50,10
89.30.1	I	DETERMINAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA CON BIOIMPEDENZA BIOELEKTRISCHE IMPEDANZMESSUNG	18,60
96.57	N	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE - Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso SPÜLUNG DES GEFÄSSKATHETERS - Spülung [Rekanalisierung] des arteriovenösen Shunts	15,50
97.29.1	N	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE - Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere REVISION DES PERITONEALKATHETERS - Revision des Katheters der Peritonealdialyse, Wechsel des Verbindungsets, Austausch von Teilen des Katheters	15,50
97.82	N	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE ENTFERNUNG DER PERITONEAL- DRAINAGE	9,70
99.71.1	*HR - I	PLASMAFERESI SELETTIVA [LDL AFERESI SELETTIVA] TERAPEUTICA THERAPEUTISCHE SELEKTIVE PLASMAPHERESE [SELEKTIVE LDL-APHERESE]	970,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**14 NEUROCHIRURGIA
 NEUROCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
03.91	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale - Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN DEN VERTEBRALKANAL FÜR ANALGESIE - Peridurale Injektion - Ausgenommen: den Fall, bei dem die Anästhesie für einen chirurgischen Eingriff durchgeführt wird	103,30
03.92	H - N	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi - Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8) INJEKTION ANDERER MEDIKAMENTE IN DEN SPINALKANAL - Intrathekale [spinale] Injektion von Steroiden - Ausgenommen: KM-Injektion zur Durchführung einer Myelographie, Injektion eines Zytostatikums in den Spinalkanal (03.8)	103,30
03.96.1	H - I	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACETTE ARTICOLARI - Intero trattamento PERKUTANE PARAVERTEBRALE BLOCKADE DER GELENKSFACETTEN - komplette Behandlung	101,00
04.11.1	N	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI BIOPSIE [PERKUTANE][NADELBIOPSIE] DER PERIPHEREN NERVEN	51,10
04.43	H - A	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE - Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	825,00
04.49	H - A	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo DEKOMPRESSION DES KUBITALSTUNNELS, DES N. PERONEUS COMMUNIS AM FIBULAKÖPFCHEN - Inbegriffen: anästhesiologische und preoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.338,40
05.31	H - N	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, blocco del Ganglio celiaco, blocco del Ganglio stellato, blocco del simpatico lombare INJEKTION EINES ANÄSTHETIKUMS IN SYMPATISCHE NERVEN FÜR ANALGESIE - Regionaler Block des N.Sympatikus an den oberen oder unteren Extremitäten, Block des Ganglion coeliacus, Block des Ganglion stellatum, Block des lumbalen Sympatikus	77,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**14 NEUROCHIRURGIA
NEUROCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
05.32	H - N	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI INJEKTION VON NEUROLYTIKA IN SYMPATISCHE NERVEN	129,10
82.91	H - A	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.170,00
99.29.1	N	INIEZIONE PERINERVOSA PERINEURALE INJEKTION	10,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
 NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
03.96.1	H - I	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACETTE ARTICOLARI - Intero trattamento PERKUTANE PARAVERTEBRALE BLOCKADE DER GELENKSFACETTEN - komplette Behandlung	101,00
04.49	H - A	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo DEKOMPRESSION DES KUBITALSTUNNELS, DES N. PERONEUS COMMUNIS AM FIBULAKÖPFCHEN - Inbegriffen: anästhesiologische und preoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.338,40
82.91	H - A	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.170,00
88.71.1	N	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia tranfontanellare ECHOENZEPHALOGRAPHIE - Transkranieller Ultraschall	31,30
88.71.2	N	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica TRANSKRANIELLE DOPPLERUNTERSUCHUNG - Mit Spektralanalyse nach physischem oder pharmakologischem Test	46,00
88.71.3	N	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO TRANSKRANIELLE FARBDOPPLER-UNTERSUCHUNG	49,10
89.13	N	VISITA NEUROLOGICA NEUROLOGISCHE VISITE	18,10
89.14	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnèa) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17) ELEKTROENZEPHALOGRAMM - Standard-EEG mit Aktivation (Photostimulation, Hyperpnöe) - Ausgenommen: EEG mit Polysomnographie (89.17)	23,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
 NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.14.1	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT PHARMAKOLOGISCH-INDUZIERTEM SCHLAF	34,90
89.14.2	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT SCHLAFENTZUG	34,90
89.14.3	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore LANGZEIT-ELEKTROENZEPHALOGRAMM 24 Stunden	46,50
89.14.4	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore LANGZEIT-ELEKTROENZEPHALOGRAMM 12 Stunden	34,90
89.14.5	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT SPEKTRALANALYSE - Mit Mapping	34,90
89.15.1	N	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI AKUSTISCH EVOZIERTE POTENTIALE	23,20
89.15.2	N	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI - Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) - Incluso: EEG REIZ UND EREIGNIS-KORRELIERTE POTENTIALE - Speziell evozierte Potentiale (olfactorius) - Inbegriffen: EEG	48,80
89.15.3	N	POTENZIALI EVOCATI MOTORI - Arto superiore o inferiore - Incluso: EEG MOTORISCH EVOZIERTE POTENTIALE - Obere oder untere Extremität - Inbegriffen: EEG	34,90
89.15.4	N	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI - Per nervo o dermatomero - Incluso: EEG SOMATOSENSORISCH EVOZIERTE POTENTIALE - Jeder Nerv oder Dermatome - Inbegriffen: EEG	34,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**15 NEUROLOGIA
NEUROLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.15.5	N	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica NEUROPHYSIOLOGISCHE TESTS ZUR BEWERTUNG DES VEGETATIVEN NERVENSYSTEMS - Inbegriffen: Spektralanalyse oder polygraphische Aufzeichnung	55,80
89.15.6	N	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5) POLYGRAPHIE - Ausgenommen: neurophysiologische Tests zur Bewertung des vegetativen Nervensystems (89.15.5)	46,50
89.15.7	N	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5) AMBULANTE LANGZEITPOLYGRAPHIE - Ausgenommen: neurophysiologische Tests zur Bewertung des vegetativen Nervensystems (89.15.5)	46,50
89.15.8	N	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia AKUSTISCH EVOZIERTE POTENTIALE - Bestimmung der Hörschwelle	41,80
89.15.9	N	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico AKUSTISCH EVOZIERTE POTENTIALE - Mit elektrischer Reizung	93,00
89.17	N	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali POLYSOMNOGRAMM - Tages- oder Nachtleitung mit Spezialmethoden	139,40
89.18.1	N	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA POLYSOMNOGRAMM ZUR BESTIMMUNG DER VIGILANZ	139,40
89.18.2	N	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA VERLÄNGERTE ABLEITUNG DES SCHLAF-NACHTRHYTHMUS	139,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
 NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.19.1	N	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT VIDEOAUFZEICHNUNG	27,90
89.19.2	N	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE POLYGRAPHIE MIT VIDEOAUFZEICHNUNG	51,10
93.01.3	N	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale. Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4) EINZELFUNKTIONSPRÜFUNG - Mit psychologischer Verhaltensbeobachtungsskala. Aufnahmebefund der Kommunikationsstörungen, Darbietung von Sprachtests - Ausgenommen: Aphasietest (94.08.4)	17,50
93.01.4	N	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive FUNKTIONSPRÜFUNG DER HÖHEREN KOGNITIVEN FUNKTIONEN DES KORTEX - Aufnahmebefund der höheren Funktionen des Kortex, die in Beziehung mit Kommunikations- und Sprachstörungen oder anderen Störungen der kognitiven Funktionen stehen.	17,50
93.08.1	N	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17) EINFACHE ELEKTROMYOGRAPHIE [EMG] - Qualitative oder quantitative Bewertung pro Muskel. Ausgenommen: EMG des Auges (95.25), urethrales Sphinkter-EMG (89.23), EMG mit Polysomnogramm (89.17)	10,30
93.08.2	N	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre EINZELFASERELEKTROMYOGRAPHIE - Faserdichte	10,30
93.08.3	N	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago ELEKTROMYOGRAPHIE DER MOTORISCHEN EINHEIT - Nadel-EMG	10,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
 NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.08.4	N	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25) EMG FÜR SPEZIELLE MUSKELN [Larynx-u. Perineal Muskeln] - Ausgenommen: EMG des Urethrsphinkters (89.23), EMG der Augenmuskeln (95.25)	13,40
93.08.5	N	RISPOSTE RIFLESSE - H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei - Incluso: EMG REFLEXANTWORTEN - H, F, Blinkreflex, Bulbocavernosusreflex, Exterozeptische Reflexe, Sehnenreflexe - Inbegriffen: EMG	10,30
93.08.6	N	STIMOLAZIONE RIPETITIVA - Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG REPETITIVE NERVENSTIMULATION - Repetitive Stimulation pro Nerv, repetitive Stimulation mit Tensilon Inklusive: EMG	10,30
93.08.7	N	TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG SPASMOPHILIE-TEST - Inklusive: EMG	10,30
93.08.8	N	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG ISCHÄMIETEST - Inklusive: EMG	10,30
93.09.1	N	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA - Per nervo MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT - Jeder Nerv	10,30
93.09.2	N	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA - Per nervo SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT - Jeder Nerv	10,30
93.89.1	N	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di sei sedute) AUDIOMETRIETRAINING IM KINDESALTER - Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 6 Sitzungen)	17,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
 NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.89.2	N	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN - Rehabilitation bei mnesticischen, gnosischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie von 30 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)	17,50
93.89.3	N	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta collettiva di 45 minuti (Ciclo di dieci sedute) - Max 5 pazienti BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN - Rehabilitation bei mnesticischen, gnosischen und apraktischen Störungen. Pro Gruppenbehandlung von 45 Minuten (Zyklus von 10 Sitzungen)- Max 5 Patienten	5,25
94.01.2	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO - M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET INTELLIGENZTEST - M.D.B., MODA, HAWIE, STANFORD BINET	15,50
94.02.1	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine GEDÄCHTNISTEST - Implizites und explizites Gedächtnis, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis	5,80
94.02.2	N	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] GEDÄCHTNIS-TEST-BATTERIE [WMS]	5,80
94.08.1	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE PSYCHOMOTORISCHE LEISTUNGSTESTS	5,80
94.08.2	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI TEST DER VISUELL-RÄUMLICHEN FÄHIGKEITEN	5,80
94.08.4	N	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA) APHASIETEST - Mit Standardtests (Boston, Aachen, ENPA)	27,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

15 NEUROLOGIA
NEUROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE	
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF	
99.29.9	N	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA - La tariffa non include il costo del farmaco BOTULINUS TOXIN INJEKTION - In dem Tarif sind die Kosten des Medikaments nicht inbegriffen	12,10	

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
08.01	N	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale INZISION IM BEREICH DES LIDRANDES - Inbegriffen: Inzision eines Lidabszesses	13,60
08.02	N	APERTURA DI BLEFARORRAFIA ÖFFNEN EINER TARSORRHAPHIE	13,60
08.09	N	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron WEITERE INZISION IM BEREICH DES LIDES - Wiedereröffnung eines Ankyloblepharons	13,60
08.11	N	BIOPSIA DELLA PALPEBRA LID-BIOPSIE	13,60
08.21	N	ASPORTAZIONE DI CALAZIO ENTFERNUNG EINES CHALAZIONS	27,30
08.22	N	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma ENTFERNUNG EINER ANDEREN KLEINEN LIDVERÄNDERUNG - Entfernung von Warze, Papillom, Zyste, Kondylom	27,30
08.23	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE - Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale. Xantelasma ENTFERNUNG EINES GROSSEN LIDVERÄNDERUNG, NICHT ALLE SCHICHTEN BETREFFEND - Entfernung, die ein Viertel und mehr des Lidrandes einschließt. Xanthelasma	27,30
08.24	N	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 ENTFERNUNG EINER GROSSEN LIDVERÄNDERUNG, DIE GESAMTEN LIDSCHICHTEN BETREFFEND - Entfernung, die ein Viertel und mehr des Lidrandes einschließt. Keilexzision des Lides	45,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
08.25	N	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi ABTRAGUNG EINER LIDLÄSION - Eingriff bei Blepharochalasis	34,10
08.38	H - A	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi, procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo KORREKTUR EINER LIDRETRAKTION - Falls durchgeführt, inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.463,00
08.41	N	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE ENTROPION-OP ODER EKTROPION-OP MIT THERMOKOAGULATION	40,90
08.42	N	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA ENTROPION-OP ODER EKTROPION-OP MIT NAHT-TECHNIK	40,90
08.43	N	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME ENTROPION-OP ODER EKTROPION-OP MIT KEILEXZISION	68,20
08.44	H - N	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo ENTROPION-OP ODER EKTROPION-OP MIT LIDPLASTIK - Ektropion-OP mit freiem Transplantat- oder Schwenklappen	154,90
08.52	N	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia BLEPHARORRHAPHIE - Kanthorrhaphie, Tarsorrhaphie	40,90
08.6	H - N	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44) LIDPLASTIK MIT VERSCHIEBELAPPEN ODER FREIEM TRANSPLANTAT - Ausgenommen: in Zusammenhang mit Entropion- oder Ektropion-OP (08.44)	309,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
08.72	H - A	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici 08.44 e 08.6. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo PLASTISCHE REKONSTRUKTION DES AUGENLIDS, PARTIELLE TIEFE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.200,00
08.74	H - A	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici 08.44 e 08.6. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo PLASTISCHE REKONSTRUKTION DES AUGENLIDS, VOLLE TIEFE. Ausgenommen Codes 08.44 und 08.6. Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.100,00
08.81	N	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA VERSORGUNG EINER RISS - QUETSCHWUNDE DES LIDES UND DER BRAUE	34,10
08.82	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE VERSORGUNG EINER RISS - QUETSCHWUNDE DES LIDES BETREFFEND DIE LIDKANTE, OBERFLÄCHLICH	34,10
08.83	N	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE VERSORGUNG EINER WEITEREN LIDVERLETZUNG, OBERFLÄCHLICH	34,10
08.84	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE LIDKANTEN-NAHT BEI LIDKANTEN RISS-SCHNITT	68,20
08.91	N	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA ELEKTRODEPILATION	22,70
08.92	N	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA KRYOCHIRURGISCHE EPILATION	22,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
08.99.1	N	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE INFILTRATION EINES LID-HÄMANGIOMS	13,60
09.0	N	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio) INZISION DER TRÄNENDRÜSE - Inzision einer Zyste der Tränendrüse (mit Drainage)	34,10
09.11	N	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE BIOPSIE DER TRÄNENDRÜSE	56,80
09.12	N	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE BIOPSIE DES TRÄNENSACKES	40,90
09.19	N	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale WEITERE DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN DES TRÄNENAPPARATES - Schirmer-Test - Ausgenommen: Dacryozystographie mit Kontrastmittel (87.05), Rx Weichteile des Tränennasenganges	3,60
09.21	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11) ENTFERNUNG EINER LÄSION DER TRÄNENDRÜSE - Ausgenommen: Biopsie der Tränendrüse (09.11)	56,80
09.41	N	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE SONDIERUNG DES TRÄNENPÜNKCHENS	13,60
09.42	N	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione. (Per ciclo terapeutico) SONDIERUNG DER TRÄNENKANÄLCHEN - Inbegriffen: Entfernung von Konkrement, Erweiterung. (Je therapeutischer Zyklus)	15,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
09.43	N	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico) SONDIERUNG DES TRÄNEN-NASEN-GANGES - Inbegriffen: Entfernung von Konkrement, Erweiterung (je therapeutischer Zyklus)	56,80
09.51	N	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE INZISION DES TRÄNENPÜNKCHENS	34,10
09.52	N	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI INZISION DES TRÄNENKANÄLCHENS	34,10
09.53	N	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE INZISION DES TRÄNENSACKES	34,10
09.59	N	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS WEITERE INZISION AN DEN ABLEITENDEN TRÄNENWEGEN - Inzision (Drainage) des Tränennasenganges NNB	34,10
09.6	H - N	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12) ENTFERNUNG DES TRÄNENSACKES UND DER ABLEITENDEN TRÄNENWEGE - Ausgenommen: Biopsie des Tränensackes (09.12)	258,20
09.71	N	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE KORREKTUR DER EVERSION DES TRÄNENPÜNKCHENS	56,80
09.73	H - N	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI REKONSTRUKTION DER TRÄNENKANÄLCHEN	206,60
10.21	N	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA BINDEHAUT-BIOPSIE	15,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**16 OCULISTICA
AUGENABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
10.31	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21) ENTFERNUNG EINER VERÄNDERUNG ODER VON GEWEBE DER BINDEHAUT - Ringbiopsie um die Hornhaut. Ausgenommen: Bindehaut-Biopsie (10.21)	27,30
10.32	N	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41) ENTFERNUNG EINER BINDEHAUT-LÄSION - Ausgenommen: Entfernung eines Bindehaut - Tumors (10.31), Entropion-Thermokoagulation (08.41)	27,30
10.33	N	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma WEITERE EINGRIFFE ZUR ENTFERNUNG VON BINDEHAUT - Entfernung von folliculären Veränderungen bei Trachom	27,30
10.4	N	CONGIUNTIVOPLASTICA BINDEHAUT-PLASTIK	90,90
10.6	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA BINDEHAUT-NAHT NACH VERLETZUNG	45,50
10.91	N	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE SUBCONJUNCTIVALE INJEKTION	11,40
11.31	N	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM VERLAGERUNG EINES PTERYGIUMS	56,80
11.32	N	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA ENTFERNUNG EINES PTERYGIUMS MIT HORNHAUTTRANSPLANTATION	90,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
11.39	N	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM WEITERE ENTFERNUNG EINES PTERYGIUMS	56,80
11.42	N	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA THERMOKOAGULATION VON LÄSIONEN DER HORNHAUT	22,70
11.43	N	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA KRYOTHERAPIE VON HORNHAUTLÄSIONEN	28,40
11.75.1	N	CHERATOTOMIA ARCIFORME LIMBUSPARALLELE HORNHAUT-INZISIONEN	289,20
11.91	N	TATUAGGIO DELLA CORNEA TÄTOWIERUNG DER HORNHAUT	34,10
11.99.1	N	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO THERAPEUTISCHE KONTAKTLINSE	15,90
11.99.2	N	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) o con laser ad olmio REFRAKTIVE CHIRURGIE - Mit Excimer- oder Holmium-Laser	79,50
11.99.3	N	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK) KORREKTUR VON HORNHAUT-VERÄNDERUNGEN - Mit Excimer-Laser	79,50
11.99.5	H - A	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [CROSS LINKING CORNEALE]. Incluso: visita preintervento ed esami preoperatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi HORNHAUT-CROSSLINKING - Inbegriffen: anästhesiologische präop. Visite, präoperative Untersuchungen und Eignungstests, Operation, Kontrollvisite innerhalb 12 Monaten	1.800,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
12.14	N	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41) IRIDEKTOMIE - Iridektomie (basal), (peripher), (total), (Iridektomie mittels Laser) - Ausgenommen: Iridektomie bei Katarakt-OP (13.64), Entfernung Läsion (12.41)	90,90
12.40	N	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS ENTFERNUNG EINER LÄSION IM BEREICH DER VORDEREN AUGENABSCHNITTE, NNB	113,60
12.41	N	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser ENTFERNUNG EINER IRIS-LAESION, NICHT EXZISIONAL - Entfernung einer Iris-Läsion durch: Kauterisation, Kryotherapie, Laserphotokoagulation	90,90
12.72	N	CICLOCRIOTERAPIA ZYKLOKRYOTHERAPIE	90,90
12.73	N	CICLOFOTOCOAGULAZIONE ZYKLOFOTOKOAGULATION	90,90
12.91	N	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore SPÜLUNG DER VORDEREN AUGENKAMMER - Parazentese der vorderen Augenkammer	27,30
12.92.1	H - A	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Incluso: esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visita di controllo. La tariffa non include il costo del farmaco INTRAOKULARE INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN ¿ Inbegriffen: präoperative Untersuchungen und Eignungstests, Operation, OCT, Kontrollvisite. ImTarif sind die Kosten des Medikaments nicht inbegriffen	250,00
13.19.1	H - A	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Incluso: visita pre intervento, intervento, visite di controllo entro 14 giorni, biometria KATARAKT OPERATION MIT ODER OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisiten innerhalb 14 Tagen, Biometrie	1.100,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
13.64	N	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta) YAG-LASER-KAPSULOTOMIE NACH CATARACTA SECUNDARIA - Trennung der Sekundärmembran (nach Katarakt)	79,50
13.70.1	*H - A	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fatico) - Incluso: visita pre intervento, intervento, visita di controllo, biometria IMPLANTATION VON LINSEN ZUR KORREKTUR VON REFRAKTIONSFEHLERN (in phake Augen) - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisite, Biometrie	1.270,00
13.71	H - A	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea. Incluso visita pre intervento e visita di controllo. Biometria. EINSETZEN EINER INTRAOKULARLINSE ANLÄSSLICH EINER KATARAKTEXTRAKTION, GLEICHZEITIG - Inbegriffen: präoperative und Kontrollvisite. Biometrie.	1.379,00
13.72	H - A	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso visita preintervento, applicazione di lenti a contatto terapeutiche e visite di controllo entro 14 giorni. Biometria SEKUNDÄRES EINSETZEN EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative Visite, therapeutische Kontaktlinse und Kontrollvisiten innerhalb 14 Tagen. Biometrie	1.296,40
13.8	H - A	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Incluso visita preintervento e visita di controllo. Biometria. ENTFERNEN EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative- und Kontrollvisite. Biometrie.	1.068,10
14.22	N	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA BEHANDLUNG EINER LÄSION DER CHORIORETINA MIT KRYOTHERAPIE	56,80
14.24.1	HR - I	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA Incluso costo del farmaco PHOTODINAMISCHE LASERTHERAPIE FÜR DIE BEHANDLUNG VON LÄSIONEN DER NETZHAUT MIT VERTEPORFIN - Die Kosten der Pharmaka sind inbegriffen	1.500,00
14.31	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA BEHANDLUNG EINES NETZHAUTRISSSES MIT DIATHERMIE	56,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
14.32	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA KRYOTHERAPIE EINES NETZHAUT-RISSES	56,80
14.33	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) BEHANDLUNG EINER NETZHAUTABLÖSUNG DURCH PHOTOKOAGULATION MIT XENON-(LASER)	56,80
14.34	N	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) BEHANDLUNG EINER NETZHAUTABLÖSUNG DURCH PHOTOKOAGULATION MIT ARGON- (LASER)	56,80
14.35	I	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) ARGON - LASER - TRABEKULOPLASTIK (ALT)	93,00
14.59.1	N	PNEUMORETINOPESSIA PNEUMORETINOPEXIE	27,30
16.22	N	AGOBIOPSIA ORBITARIA ORBITA- NADELBIOPSIE	45,50
16.91	H - N	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare RETROBULBÄRE INJEKTION VON MEDIKAMENTEN - Ausgenommen: Injektion von Kontrastmittel für Rx-Untersuchung, optico-ziliare Injektion	36,20
93.02	N	VALUTAZIONE ORTOTTICA ORTHOPTISCHE UNTERSUCHUNG	7,80
95.01	N	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di lenti. Non associabile al codice 95.02 TEILUNTERSUCHUNG DES AUGES - Untersuchung des Auges mit Brillenverordnung. Der Kodex kann nicht in Kombination mit dem Kodex 95.02 verwendet werden	13,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**16 OCULISTICA
AUGENABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
95.02	N	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo. Incluso: eventuale prescrizione di lenti. Non associabile al codice 95.01 KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES - Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend. Inbegriffen: allfällige Brillenverordnung. Der Kodex kann nicht in Kombination mit dem Kodex 95.01 verwendet werden	18,10
95.03.1	N	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE HORNHAUTTOPOGRAPHIE	58,10
95.05	N	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica GESICHTSFELDUNTERSUCHUNG - Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch	16,80
95.06	N	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica FARBSINN-UNTERSUCHUNG - Sehschärfebestimmung und Farbunterscheidungsvermögen	7,80
95.07	N	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO UNTERSUCHUNG DES ADAPTIONSVERMÖGENS	7,80
95.07.1	N	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO UNTERSUCHUNG DER KONTRASTSENSIBILITÄT	7,80
95.09.1	N	ESAME DEL FUNDUS OCULI FUNDUSUNTERSUCHUNG	7,80
95.09.2	N	ESOFTALMOMETRIA EXOPHTHALMOMETRIE	7,80
95.09.3	N	CHERATOESTESIOMETRIA MESSUNG DER HORNHAUTSENSIBILITÄT	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**16 OCULISTICA
AUGENABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
95.11	N	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio FUNDUSFOTOGRAPHIE - Je Auge	3,90
95.11.1	N	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE FOTO DER VORDEREN AUGENABSCHNITTE	3,90
95.12	N	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE FLUORESZENZANGIOGRAPHIE	46,50
95.12.1	I	ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA INDOZYANINA ANGIOGRAPHIE	82,60
95.13	N	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia Ecobiometria BULBUSECHOGRAPHIE - Ultraschall Echo-Biometrie	19,40
95.13.1	N	PACHIMETRIA CORNEALE HORNHAUTPACHIMETRIE	38,70
95.13.2	N	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali HORNHAUTBIOMIKROSKOPIE - Mit Zählung der Endothelzellen	31,00
95.13.3	I	OCT (optic Coherence Tomography) - Tomografia ottica a coerenza OCT (optic Coherence Tomography) - Optische Kohärenztomographie	28,40
95.15	N	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE MOTILITÄTSPRÜFUNG	15,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

16 OCULISTICA
 AUGENABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
95.2	N	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster. Escluso: Test con polisomnogramma (89.17) OBJEKTIVE FUNKTIONEN - TESTS - Test nach Hess - Lancaster. Ausgenommen: Test durch Polysomnogramm (89.17)	7,80
95.21	N	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN) ELEKTRORETINOGRAPHIE (ERG, FLASH-PATTERN)	33,60
95.22	N	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG) ELEKTROOCULOGRAPHIE	33,60
95.23	N	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) - Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi VISUELL EVOZIERTE POTENTIALIALE - Evozierte Potentialia durch pattern oder flash	23,20
95.23.1	N	INTERFEROMETRIA INTERFEROMETRIE	7,80
95.25	N	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) ELEKTROMYOGRAPHIE DES AUGES (EMG)	31,00
95.26	N	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA TONOGRAPHIE, PROVOKATIONSTEST UND ANDERE TESTS FÜR GLAUKOM	7,80
95.35	N	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta PLEOPTISCHE ÜBUNGEN - Pro Sitzung	5,40
96.51	N	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale. Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21) SPÜLUNG DES AUGES - Spülung der Hornhaut. Ausgenommen: Fremdkörperentfernung (98.21)	3,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**16 OCULISTICA
AUGENABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
98.21	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE OBERFLÄCHLICHE FREMDKÖRPERENTFERNUNG VOM AUGE, OHNE INZISION	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
22.71	N	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale VERSCHLUß EINER MUNDHÖHLEN-ANTRUM-FISTEL - Verschuß einer Fistel der Kieferhöhle	28,90
23.01	N	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia EXTRAKTION EINES MILCHZAHNES - Inbegriffen: Anästhesie	11,60
23.09	N	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia EXTRAKTION EINES BLEIBENDEN ZAHNES - Extraktion eines anderen Zahnes NNB - Inbegriffen: Anästhesie	16,30
23.11	N	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia EXTRAKTION EINES WURZELRESTES - Inbegriffen: Anästhesie	16,30
23.19	N	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale - Incluso: Anestesia ANDERE CHIRURGISCHE ZAHNEXTRAKTION - Zahnsextraktion NNB, Entfernung eines retinierten Zahnes, Anschlingen eines retinierten Zahnes, Zahnkeimextraktion, Zahnextraktion mit Anheben Schleimhautperiostlappen - Inbegriffen: Anästhesie	30,20
23.20.1	N	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa ZAHNREKONSTRUKTION MITTELS FÜLLUNGEN - Bis zwei Flächen - Inbegriffen: Kariesfüllung, Kariesfüllung mit indirekter Überkappung	18,60
23.20.2	N	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa ZAHNREKONSTRUKTION MITTELS FÜLLUNGEN - Drei oder mehr Flächen und/oder Inplantation eines Wurzelfittes - Inbegriffen: Kariesfüllung, Kariesfüllung mit indirekter Überkappung	34,90
23.3	N	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato ZAHNREKONSTRUKTION MITTELS EINLAGE - Rekonstruktion eines frakturierten Zahnes	34,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
23.41	N	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina ANLEGEN EINER KRONE - Behandlung zum Anlegen einer Kunststoffjacketkrone	31,40
23.41.1	N	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa ANLEGEN EINER KRONE IN GOLDLEGIERUNG - Behandlung zum Anlegen einer Verblendkrone in Goldlegierung und Kunststoff oder einer Dreiviertelkrone in Goldlegierung oder Vollgusskrone in Goldlegierung	31,40
23.41.2	N	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana ANDERES ANLEGEN VON KRONEN - Behandlung zum Anlegen einer Porzellanjacketkrone oder einer (Weneer) Verblendkrone in Goldlegierung und Porzellan	38,70
23.41.3	N	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea ANLEGEN EINER STIFTKRONE - Behandlung zum Anlegen einer Jacketkrone in Kunststoff oder in Gold-Kunststoff mit Wurzelstift in Goldlegierung	44,20
23.41.4	N	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea WEITERES ANLEGEN VON KRONEN UND STIFTEN - Behandlung zum Anlegen einer Jacketkrone in Porzellan oder Gold-Porzellan mit Wurzelstift in Goldlegierung	44,20
23.42	N	INSERZIONE DI PONTE FISSO - Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endossei. (Per elemento) EINFÜGEN EINER FIXEN BRÜCKE - Behandlung zum Anlegen eines Brückenelementes in Goldlegierung, Gold-Kunststoff, Gold-Porzellan u./o. auf Implantaten eingegliederte Kronen. (Pro Zahn)	69,70
23.43.1	N	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. (Per arcata) ANLEGEN EINER HERAUSNEHMBAREN PROTHESE - Behandlung zum Anlegen einer herausnehmbaren Totalprothese. (Pro Kiefer)	129,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
23.43.2	N	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro]. (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione ANLEGEN ANDERER HERAUSNEHMBARER PROTHESEN - Behandlung zum Anlegen einer herausnehmbaren Teilprothese [Skelettprothese in Chrom-Kobalt-Molibden oder Gold]. (Pro Kiefer) - Inbegriffen: Eventuelle Gussklammern	81,30
23.43.3	N	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa. (Per elemento) ANLEGEN EINER INTERIMSPROTHESE - Abnehmbar oder fix. (Pro Zahn)	16,30
23.49.1	N	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti. (Per seduta) ANDERE ZAHNREPARATUREN - Schleifen der Zähne. (Jede Sitzung)	16,30
23.5	N	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi ZAHNIMPLANTATION - Reimplantation luxierter oder extrudierter Zähne	11,60
23.6	N	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endoosseo ANLEGEN EINES ZAHNIMPLANTATES - Intraossäre Zahnimplantat	81,30
23.71.1	N	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) EINKANÄLIGE WURZELBEHANDLUNG - Behandlung oder Pulpektomie - Ausgenommen: Füllung (23.20.1, 23.20.2)	34,90
23.71.2	N	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) MEHRKANÄLIGE WURZELBEHANDLUNG - Behandlung oder Pulpektomie - Ausgenommen: Füllung (23.20.1, 23.20.2)	53,50
23.73	N	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda WURZELSPITZENRESEKTION - Inbegriffen: retrograde Füllung	44,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
 ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
24.00.1	N	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato GINGIVECTOMIE - (4 Zähne - Gruppe) - Inbegriffen: Gingiva Transplantation, frei oder gestielt	27,90
24.11	N	BIOPSIA DELLA GENGIVA BIOPSIE DER GINGIVA	13,90
24.12	N	BIOPSIA DELL'ALVEOLO BIOPSIE DER ALVEOLE	13,90
24.20.1	N	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] - Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica. (Per sestante) GINGIVAPLASTIK [PARODONTALCHIRURGIE] - Modifizierter Widman Lappen mit Wurzellevigatur und Knochentaschenkürettage, Membranverfahren, Osteoplastik. (Pro Sextant)	58,10
24.31	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi. Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4) ENTFERNUNG EINER GINGIVANEUBILDUNG ODER VON GINGIVAGEWEB - Entfernung einer Epulis. Ausgenommen: Biopsie der Gingiva (24.11), Entfernung einer odontogenen Läsion (24.4)	27,90
24.39.1	N	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante) WURZELGLÄTTUNG - Wurzelglättung und/oder geschlossene Knochentaschenkürettage (Pro Sextant)	23,20
24.39.2	N	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata) PREPROTHESISCHER CHIRURGISCHER EINGRIFF - (Pro Quadrant)	20,90
24.4	N	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena ENTFERNUNG VON EINER ZAHNBEDINGTEN LÄSION DES OK ODER UK - Entfernung einer odontogenen Läsion	44,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
24.70.1	N	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG MIT ABNEHMBARER APPARATUR - (Jährlich)	116,20
24.70.2	N	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG MIT FIXER APPARATUR - (Jährlich)	116,20
24.70.3	N	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG MIT FUNKTIONELLER APPARATUR - Inbegriffen: Behandlung mit Belastungsschiene (Jährlich)	116,20
24.80.1	N	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO REPARATUR EINER KIEFERORTHOPÄDISCHEN APPARATUR	26,80
25.01	N	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA BIOPSIE [NADELBIOPSIE] DER ZUNGE	19,50
25.91	N	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91) ZUNGENBÄNDCHENPLASTIK - Ausgenommen: Lippenbändchenplastik (27.91)	14,70
25.92	N	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41) ZUNGENBÄNDCHENEXZISSION - Ausgenommen: Lippenbändchenexzission (27.41)	14,70
26.0	N	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare INZISION DER DRÜSEN ODER DER SPEICHELDRÜSENGÄNGE - Entfernung der Steine des Speicheldrüsendanges	19,50
26.11	N	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE BIOPSIE [NADELBIOPSIE] DER DRÜSE ODER DES SPEICHELDRÜSENGANGES	14,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
26.91	N	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE SONDIERUNG DES SPEICHELDRÜSENGANGES	14,70
27.21	N	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO BIOPSIE DES KNÖCHERNEN GAUMENS	13,90
27.23	N	BIOPSIA DEL LABBRO BIOPSIE DER LIPPE	13,90
27.24	N	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA BIOPSIE DES MUNDES, NICHT SPEZIFIZIERTE STRUKTUR	13,90
27.41	N	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91) LIPPENBÄNDCHENEXZSSION - Ausgenommen: Zungenbändchenexzission (27.91)	14,70
27.49.1	N	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale ENTFERNUNG ANDERER LÄSIONEN DES MUNDES - Entfernung von Neubildungen der Mundhöhle	19,50
27.51	N	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO NAHT VON VERLETZUNGEN DER LIPPE	19,50
27.52	N	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA NAHT VON VERLETZUNGEN IN ANDEREN BEREICHEN DER MUNDHÖHLE	19,50
27.91	N	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91) LIPPENBÄNDCHENPLASTIK - Plastik des Lippenbändchens - Ausgenommen: Zungenbändchenplastik (25.91)	14,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
76.01	N	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia SEQUESTREKTOMIE EINES GESICHTSKNOCHENFRAGMENTES - Abtragung eines nekrotischen Fragmentes eines Gesichtsknochens	21,70
76.2	H - N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare ABTRAGEN ODER LOKALE ZERSTÖRUNG EINER LÄSION IM BEREICH GESICHTSKNOCHEN - Abtragen oder Marsupialisation einer Kieferzyste	98,10
76.77	N	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti OFFENE REDUKTION EINER ALVEOLARFORTSATZFRAKTUR - Reduktion einer Alveolarfortsatzfraktur und Stabilisierung der Zähne	19,50
96.54.1	N	ABLAZIONE TARTARO ZAHNSTEINENTFERNUNG	9,70
96.54.2	N	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE FISSURENVERSIEGELUNG	3,90
96.54.3	N	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta BEHANDLUNG EINER MUNDHÖHLENENTZÜNDUNG, GINGIVITIS ODER ALVEOLITIS - Pro Sitzung	5,80
97.35	N	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico ENTFERNUNG VON ZAHNPROTHESE - Entfernung einer einzelnen Krone, Entfernung eines Brückengliedes	6,50
98.01	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG EINES FREMDKÖRPERS DER MUNDHÖHLE, OHNE INZISION	8,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**17 ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
ODONTOSTOMATOLOGIE UND GESICHTSCHIRURGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.97.1	N	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI SCHIENUNG - JEDE VIER ZÄHNE-GRUPPE	13,40
99.97.2	N	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte BEHANDLUNG ZUM ANLEGEN EINER HERAUSNEHMBAREN PROTHESE - Direkte oder indirekte Unterfütterung, Nacheingliederung von Zähnen oder Klammern, Reparatur einer gebrochenen Prothese, Zementieren einer Krone oder Brücke	13,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

18 ONCOLOGIA
 ONKOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
03.8	H - N	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali INJEKTION VON ZYTOSTATIKA IN DEN WIRBELKANAL - Injektion von Zytostatika in den Spinalkanal	51,70
34.92	H - N	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA - Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) - Escluso: Iniezione per collasso del polmone INJEKTION IN DIE PLEURAHÖHLE - Chem. Pleurodese, Injektion von Zytostatika oder Tetrazyklin. Für eine evtl. Chemotherapie ist ein Zusatzkodex vorgesehen (99.25) - Ausgenommen: Injektion zum Zwecke eines Lungenkollapses	62,00
38.94	H - I	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS ODER EINES DOPPELTEN JUGULAR- ODER FEMORALKATHETERS [Dauerkatheter, Katheter mit patientkontrollierter Pumpe, mit Tunnel, mit Port]. Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	284,90
38.94.2	H - I	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA - Incluso: radiografia di controllo LEGUNG EINES ZENTRALVENÖSEN KATHETERS, PERKUTAN - Inbegriffen: Kontrollröntgenaufnahme	154,90
38.98	H - N	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48) ARTERIELLE PUNKTION - Intraarterielle Injektion - Ausgenommen: Punktion für Koronarangiographie und Arteriographie (88.42.1 - 88.48)	31,00
54.97	H - N	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98) INJEKTION VON LOKAL WIRKSAMEN ZYTOSTATIKA IN DIE PERITONEALHÖHLE - Ausgenommen: Peritonealdialyse (54.98)	62,00
81.92	N	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO per seduta INFILTRATION VON MEDIKAMENTEN INS GELENK ODER IN BÄNDER pro Sitzung	32,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

18 ONCOLOGIA
ONKOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
96.49	N	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica. Instillazione di chemioterapici intravesicali INSTILLATION IN DEN UROGENITALTRAKT - Applikation des Prostaglandinssuppositoriums. Intravesikale Instillation von Zytostatika	9,70
97.83	H - I	ASPORTAZIONE DI CATETERE TUNNELLIZZATO - Asportazione di catetere tipo port o Groshong ENTFERNUNG EINES TUNNELIERTEN KATHETERS, NNB - Entfernung eines Katheters (Port oder Groshong)	57,00
99.24.1	N	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI INFUSION VON HORMONEN	11,60
99.25	N	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE O IMMUNOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE - Per via endovenosa, intramuscolare, sottocute INJEKTION ODER INFUSION VON ZYTOSTATIKA, DIE NICHT ANDERWEITIG AUFGELISTET SIND - Endovenös, intramuskulär, subkutan	9,70
99.25.1	H - A	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. Include: visita oncologica di controllo, esami ematochimici, farmaco INJEKTION ODER INFUSION VON ZYTOSTATISCHEN CHEMOTHERAPIEN. Inbegriffen: onkologische Kontrollvisite, Laboruntersuchungen, Pharmaka.	400,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
04.07.1	N	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) ENTFERNUNG ODER RESEKTION PERIPHERER NERVEN - Kurettage, Neurolyse, Resektion der peripheren Nerven (oder der jeweiligen Veränderung), Entfernung eines peripheren Neurinoms - Ausgenommen: Biopsie eines peripheren Nerven (04.11.1)	51,10
04.43	H - A	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE - Incluso: procedure anestesioleologiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	825,00
76.93	N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE GESCHLOSSENE REPOSITION DES KIEFERGELENKES	27,90
76.96	N	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE THERAPEUTISCHE INFILTRATION AM KIEFERGELENK	27,90
77.51	H - A	ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA CORRETTIVA PER ALLUCE VALGO - Include: procedure anestesioleologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo BURSEKTOMIE, MIT WEICHTEILKORREKTUR UND KORREKTUROSTEOTOMIE WEGEN HALLUX VALGUS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.200,00
77.56	HR - A	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: procedure anestesioleologiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo HAMMERZEH-/ KRALLENFINGERKORREKTUR - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	800,00
78.7	N	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale OSTEOKLASIE - Manuell oder instrumental	19,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
79.00	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA, IN SEDE NON SPECIFICATA GESCHLOSSENE REPOSITION EINER FRAKTUR OHNE INNERE FIXATION, OHNE LOKALISATIONSANGABE	51,70
79.01	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA GESCHLOSSENE REPOSITION EINER HUMERUSFRAKTUR OHNE INNERE FIXATION	51,70
79.02	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS GESCHLOSSENE REPOSITION EINER RADIUS-ULNA-FRAKTUR OHNE INNERE FIXATION - Oberarm NNB	51,70
79.03	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS GESCHLOSSENE REPOSITION EINER FRAKTUR DES KARPUS UND DES METAKARPUS OHNE INNERE FIXATION - Hand NNB	51,70
79.04	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA GESCHLOSSENE REPOSITION VON FINGERFRAKTUREN OHNE INNERE FIXATION	41,30
79.07	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS GESCHLOSSENE REPOSITION VON FRAKTUREN DES TARSUS UND METATARSUS OHNE INNERE FIXATION - Fuß NNB	51,70
79.08	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA GESCHLOSSENE REPOSITION VON ZEHENFRAKTUREN OHNE INNERE FIXATION	51,70
79.3	HR - I	RIDUZIONE E OSTEOSINTESI DI PICCOLE FRATTURE CON FISSAZIONE INTERNA - Dita, polso. Incluso: anestesia REPOSITION UND OSTEOSYNTHESE VON KLEINEN FRAKTUREN MIT INTERNER FIXATION - Finger, Handgelenk. Inbegriffen: Anästhesie	103,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
79.70	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA GESCHLOSSENE REPOSITION EINER LUXATION OHNE LOKALISATIONSANGABE	36,20
79.71	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA GESCHLOSSENE REPOSITION EINER SCHULTERLUXATION	36,20
79.72	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO GESCHLOSSENE REPOSITION EINER ELLBOGENLUXATION	36,20
79.73	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO GESCHLOSSENE REPOSITION EINER HANDGELENKSLUXATION	36,20
79.74	H - N	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO GESCHLOSSENE REPOSITION DER HAND UND DER FINGERLUXATION	36,20
80.20	HR - A	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (solo diagnostica) - Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo (DIAGNOSTISCHE) ARTHROSKOPIE, NICHT NÄHER BEZEICHNET - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.160,00
80.30	N	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa GELENKSBIOPSIE, OHNE LOKALISATIONSANGABE - Nadelbiopsie	41,80
80.61	H - A	ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO. Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ENTFERNUNG DER HALBMONDFÖRMIGEN FASERKNORPELSCHIBE DES KNIEGELENKES - Falls durchgeführt, sind inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	2.005,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
81.16	H - A	ARTRODESI METATARSOFALANGEA - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHRODESE AM METATARSO-PHALANGEALGELENK - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.441,00
81.25	H - A	ARTRODESI CARPO-RADIALE - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHRODESE DES RADIOKARPALGELENKES - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.111,50
81.26	H - A	ARTRODESI METACARPOCARPALE - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo KARPOMETAKARPALE ARTHRODESE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.441,00
81.27	H - A	ARTRODESI METACARPOFALANGEA - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHRODESE DES METAKARPOPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.441,00
81.28	H - A	ARTRODESI INTERFALANGEA - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHRODESE DES INTERPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.254,50
81.72	H - A	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHROPLASTIK OHNE IMPLANTAT DES METAKARPOPHALANGEAL- UND INTERPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.482,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
81.75	H - A	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ARTHROPLASTIK OHNE IMPLANTAT AM KARPOKARPAL- ODER KARPOMETAKARPALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.349,60
81.91	N	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare. Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32) ARTHROZENTESE - Gelenkspunktion. Ausgenommen: Gelenkbiopsie (80.30) und Gelenksinfiltration (81.92) und Arthrographie (88.32)	27,90
81.92	N	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO per seduta INFILTRATION VON MEDIKAMENTEN INS GELENK ODER IN BÄNDER pro Sitzung	32,00
82.21	H - A	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EXZISSION VON LÄSIONEN DER SEHNENFASZIEN DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und preoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.190,20
82.22	H - A	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EXZISSION VON LÄSIONEN DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.190,20
82.29	H - A	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo EXZISSION ANDERER LÄSIONEN DER WEICHTEILE DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.218,80
82.31	H - A	BORSECTOMIA DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo BURSEKTOMIE DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.190,20

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
82.41	H - A	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo SEHNENFASZIENNAHT DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.415,40
82.45	H - A	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo NAHT DER HANDSEHNEN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.738,80
82.46	H - A	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo NAHT DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.176,00
82.53	H - A	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo REINSERTION DER HANDSEHNEN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.580,60
82.54	H - A	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO - Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo RESINSERTION DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.580,60
82.91	H - A	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesiolgiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellendem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.170,00
83.02	N	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea MYOTOMIE - Ausgenommen: Kricopharynx-Myotomie	19,50
83.03	N	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa BURSOTOMIE - Entfernung von Kalkdepots der Bursa - Ausgenommen: perkutane Aspiration der Bursa	27,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
83.32	H - I	TENOLISI DI PICCOLI SEGMENTI - Mano, piede. Incluso: anestesia TENDOLYSE DER KLEINEN SEGMENTE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie	51,10
83.64	H - I	SUTURA DI TENDINI, NERVI PERIFERICI, LEGAMENTI DEI PICCOLI SEGMENTI - Mano, piede. Incluso: anestesia NAHT VON SEHNEN, PERIPHEREN NERVEN, BÄNDER DER KLEINEN SEGMENTE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie	31,00
84.01.1	HR - I	AMPUTAZIONE CON REGOLARIZZAZIONE DI MONCONE DELLE DITA - Mano, piede. Incluso: anestesia AMPUTATIONSVERSORGUNG FINGER ODER ZEHE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie	36,20
88.79.2	N	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca OSTEOARTIKULÄRER ULTRASCHALL - Ultraschall des Beckens zum Screening der kongeniten Hüftluxation	32,50
88.79.3	N	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA ULTRASCHALL DER MUSKELN UND SEHNEN	28,40
89.39.6	I	PODOSCOPIA PODOSKOPIE	15,50
89.39.7	I	PRESSOBAROPODOMETRIA PRESSOBAROPOMETRIE	41,30
93.15	N	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta MANUELLE THERAPIE DER WIRBELSÄULE - Manipulation der Wirbelsäule pro Sitzung	14,20
93.16	N	MOBILIZZAZIONE DI ARTICOLAZIONI - Manipolazione incruenta di rigidità di articolazioni MANUELLE THERAPIE DER GELENKE - Manipulation von eingesteiften Gelenken	17,50

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.29	N	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' - Correzione manuale di piede torto congenito. Per seduta di 30 minuti SONSTIGE FORCIERTE MANUELLE KORREKTIONEN VON DEFORMITÄTEN - wie z.B. Klumpfuß. Pro Behandlung von 30 Minuten	7,20
93.39.A	I	TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI AD ALTA ENERGIA PER IL TRATTAMENTO DI RITARDI DI CONSOLIDAZIONE OSSEA ED OSTEONECROSI. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre terapeutiche, terapia, adeguamento di ortesi, visita di controllo HOCHENERGETISCHE FOKUSSIERTE STOSSWELLENTHERAPIE ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENHEILUNGSSTÖRUNGEN UND OSTEONEKROSEN : Einschließlich: anästhesiologische und prätherapeutische Untersuchungen, Therapie, Orthesenanpassung, Kontrollvisite	700,00
93.3910	I	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA THERAPIE MIT (FOKUSSIERTEN) EXTRAKORPORALEN STOSSWELLEN MITTELS LITHOTRIPSIEGERÄT	65,00
93.46	N	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla ANDERE MECHANISCHE TRAKTIONEN VON PERIPHEREN GELENKEN - Extension: mit Plasterverband, Schuhextension, nach Buck, Schlingenextension	11,40
93.51	N	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52) GIPSKORSETT - Ausgenommen: Minervagips (93.52)	31,00
93.52	N	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale, Minerva gessata, supporto sagomato del collo HALSWIRBELSÄULENSTÜTZEN - Halskrause, Minervagips, Halsstütze nach Mass	31,00
93.53	N	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato GIPSKORSETT - Gipsmieder	31,00
93.54.1	N	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano. Gamba e piede GIPSSCHALEN - Unterarmgipsschale. Unterschenkelgipsschale	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.54.2	N	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO DESAULTVERBAND VERSTÄRKT ODER GEGIPST	13,60
93.54.3	N	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE SCHULTERARM ABDUKTIONSGIPS, OBERSCHENKELGIPS	25,20
93.54.4	N	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE OBERARMGIPS - UNTERSCHENKELGIPS	18,90
93.54.5	N	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO GIPSVERBAND: UNTERARMGIPS	12,60
93.54.6	N	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO GIPSVERBAND: KNIE	22,70
93.54.7	N	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE GIPSVERBAND FÜR HANDGELENK, HAND, FUß	11,60
93.54.8	N	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer FINGER - ZEHENGIPSSCHIENE - Zimmerschiene	5,80
93.56.2	N	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE ZINKLEIMVERBAND OBERSCHENKEL - FUß	25,20
93.56.3	N	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE ZINKLEIMVERBAND UNTERSCHENKEL - FUß	21,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.56.4	N	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO ED ELASTO-COMPRESSIVO ELASTISCHER KLEBEVERBAND UND KOMPRESSIONSVERBAND	11,00
93.56.5	N	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA RUCKSACKVERBAND	13,60
93.56.6	N	MEDICAZIONE DI SHANZ SCHANZKRAWATTE	21,30
93.56.7	N	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar SONSTIGER VERBAND - Desault, So-Bar	17,50
97.1	N	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO - Riparazione apparecchi gessati NICHTOPERATIVER EINSATZ VON ÄUSSEREN KRAFTTRÄGERN DES BEWEGUNGSAPPARATES - Reparation von Gipsverbänden	9,70
97.88	N	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca ENTFERNUNG VON IMMOBILISATIONSVORRICHTUNGEN - Entfernung von Trägern, Gipsen und Schienen	9,70
97.89.1	H - I	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI (filo di Kirschner) - Incluso: anestesia, sutura e bendaggio ENTFERNUNG VON INNEREN IMMOBILISATIONSVORRICHTUNGEN (Kirschnerdraht) - Inbegriffen: Anästhesie, Naht und Verband	15,50
97.89.2	H - I	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI (viti) - Incluso: anestesia, sutura e bendaggio ENTFERNUNG VON INNEREN IMMOBILISATIONSVORRICHTUNGEN (Schrauben) - Inbegriffen: Anästhesie, Naht und Verband	20,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**19 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
97.89.3	H - I	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI (placche) - Incluso: anestesia, sutura e bendaggio ENTFERNUNG VON INNEREN IMMOBILISATIONSVORRICHTUNGEN (Platten) - Inbegriffen: Anästhesie, Naht und Verband	25,80
99.29.6	N	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO INJEKTION IM KALTEN ABSZESS	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**20 OSTETRICA E GINECOLOGIA
 GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
65.11	*HR - N	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI (Prelievo oociti). Inclusa valutazione oocitaria. Inclusa sedazione e monitoraggio parametri US- GESTEUERTE NADELASPIRATION VON FOLLIKEL (Entnahme von Eizellen), mit der Bewertung der Oozyten inbegriffen. Zudem sind auch die Sedierung und die Überwachung der Parameter inbegriffen.	320,00
65.91	H - N	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11) NADELASPIRATION VON OVARIALZYSTEN - US- gesteuerte Aspiration des Ovars - Ausgenommen: Saugbiopsie des Ovars (65.11)	42,10
66.8	N	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche e quella per isterosalpingografia (87.83) PERTURBATION DER EILEITER - Utero-tubare Perturbation - Ausgenommen: therapeutische Injektion, Injektion von Kontrastmittel bei Hysterosalpingographie (87.83)	21,70
67.12	N	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice ENDOZERVICALE BIOPSIE [HYSTEROSKOPIE] - Ausgenommen: Konisation	24,80
67.19.1	N	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - Biopsia di una o più sedi KOLPOSKOPISCH- GEZIELTE PORTIOBIOPSIE - Biopsie von einem oder mehreren Bereichen	27,30
67.32	N	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio KOAGULATION DER ZERVIX - Elektrokonisation der Zervix, Entfernung von Zervikalpolypen, Entfernung von Condylomata, Diathermokoagulation von Erosionen der Portio	37,20
67.33	N	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi KRYOCHIRURGIE DER ZERVIX - Kryokonisation der Zervix, Entfernung von Zervikalpolypen, Entfernung von Kondylomen	37,20
68.12.1	N	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale HYSTEROSKOPIE - Ausgenommen: Biopsie mit Bougierung des Zervikalkanals	21,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

20 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
68.16.1	N	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale BIOPSIE AUS DEM CAVUM UTERI - Endoskopische [hysteroskopische] Biopsie des Endometriums - Ausgenommen: Biopsie mit Bougierung des Zervikalkanals	29,80
68.29.1	N	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione ENTFERNUNG VON GESTIELTEN GUTARTIGEN TUMOREN DES UTERUS - Entfernung von Endometriumpolypen durch Hysteroskopie transvaginale Myomektomie durch Abdrehen - Ausgenommen: Myomektomie durch Morsellement	46,50
69.7	N	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) EINFÜHRUNG DES INTRAUTERINEN VERHÜTUNGSMITTEL (I.U.D.)	12,90
69.92	*HR - N	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO) o transfer di embrione in utero KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG - Intrazervikal und intrauterin (IAO) oder Embryotransfer	98,20
69.92.1	*HR - N	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE KAPAZITATION DES SAMENS	16,60
69.92.2	*HR - I	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DELL'OVULAZIONE. Inclusa: valutazione clinica ECHOGRAPHISCHE UEBERWACHUNG DER OVULATION, die klinische Beurteilung inbegriffen	160,30
69.92.3	*HR - I	FECONDAZIONE IN VITRO CON (ICSI) O SENZA (FIV) INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA. Incluso coltura INVITRO-BEFRUCHTUNG MIT ICSI ODER OHNE (IVF) INTRAZYTOPLASMATISCHER INSEMINATION mit Embryokultur	600,00
69.92.4	*HR - I	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE DA TESA (Agoaspirazione percutanea di spermatozoi), comprensiva di preparazione e valutazione spermatozoi. Inclusa sedazione PUNKTION DES HODENS AUS TESA (Perkutane Punktion von Spermien), inklusive der Vorbereitung und Überprüfung der Spermien und der Sedierung.	260,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**20 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
69.92.5	*HR - I	TRASFERIMENTO EMBRIONARIO compresa valutazione embriologica pre-transfer, escluso per via laparoscopica EMBRYOTRANSFER, mit vorhergehender, embryo-biologischer Überprüfung des Transfers mit Ausnahme des laparoskopischen Wegs	230,00
69.92.7	*HR - I	PREPARAZIONE E VALUTAZIONE SPERMATOZOI DA TESE (Prelievo bioptico di tessuto testicolare) VORBEREITUNG UND UEBERPRUEFUNG DER SPERMIEN AUS TESE (biooptische Entnahme des Hodengewebes)	120,00
69.92.8	*HR - I	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI/ OOCITI/EMBRIONI/TESSUTO GONADICO, comprensivo di eventuale scongelamento e valutazione KRYOKONSERVIERUNG VON SPERMIEN/OOZYTEN/EMBRYONEN/GONADISCHEM GEWEBE, inbegriffen der Entfrostung und der Überprüfung	230,00
69.92.9	HR - I	SELEZIONE SPERMATOZOI CON IMSI SELEKTION DER SAMENZELLEN MITTELS IMSI	600,00
69.93.1	*HR - I	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA DA DONAZIONI DI GAMETI MASCHILI INTRAUTERINE INSEMINATION AUS SPENDEN MAENNLICHER GAMETEN	400,00
69.93.2	*HR - I	FECONDAZIONE IN VITRO (ICSI/FIV) DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI incluso coltura INVITRO-BEFRUCHTUNG (ICSI/IVF) AUS SPENDEN MAENNLICHER GAMETEN, inklusive Embryokultur	902,00
69.93.3	*HR - I	FECONDAZIONE IN VITRO DA DONAZIONE DI GAMETI FEMMINILI incluso coltura IN-VITRO-BEFRUCHTUNG DURCH DIE SPENDE VON WEIBLICHEN GAMETEN inklusive Embryokultur	1.835,00
69.95	H - I	INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) INTRAZYTOPLASMATISCHE INSEMINATION (ICSI)	516,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**20 OSTETRICA E GINECOLOGIA
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
69.96	H - I	COLTURA DI GAMETI GAMETENKULTUR	516,50
70.11.1	N	IMENOTOMIA - Per ematocolpo INZISION DES HYMENS - Bei Hämatokolpos	24,80
70.21	N	COLPOSCOPIA - Peniscopia, mammilloscopia, vulvoscopia KOLPOSKOPIE - Peniskopie, Mammilloskopie, Vulvoskopie	10,70
70.24	N	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa VAGINALBIOPSIE - Mit eventueller explorativen Punktion	19,80
70.29.1	N	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA VAGINALBIOPSIE UNTER KOLPOSKOPIEKONTROLLE	24,80
70.33.1	N	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI ENTFERNUNG VON VAGINALEN CONDYLOMATA	29,80
71.11	N	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE VULVA - ODER PERINEALBIOPSIE	19,80
71.22	N	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO INZISION EINES BARTHOLINISCHEN ABSZEß	24,80
71.30.1	N	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI ENTFERNUNG VON VULVA- ODER PERINEALCONDYLOMATA	19,80

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

20 OSTETRICA E GINECOLOGIA
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
71.90.1	N	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici ANDERE EINGRIFFE AM WEIBLICHEN GENITALE - Lasertherapie bei Dystrophien	29,80
75.10.1	H - N	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI CHORIONZOTTENBIOPSIE	87,80
75.10.2	H - N	AMNIOCENTESI PRECOCE FRÜHAMNIOZENTESE	77,50
75.10.3	H - N	AMNIOCENTESI TARDIVA SPÄTAMNIOZENTESE	62,00
75.10.4	I	RILEVAZIONE DEL BATTITO CARDIACO FETALE CON METODO DOPPLER KONTROLLE DER FETALEN HERZAKTION MITTELS DOPPLER	8,30
75.33.1	H - N	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE CHORDOZENTESE ZUR GEWINNUNG VON BLUTSTAMMZELLEN	87,80
75.34.1	N	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiocografia esterna in gravidanza, NST o OCT KARDIOTOCOGRAPHIE - Externe Kardiotocographie in der Schwangerschaft., NST oder OCT	16,40
75.8	H - N	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione. Tamponamento utero-cervico-vaginale. Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico GEBURTSHILFLICHE TAMPONAGE DES UTERUS ODER DER SCHEIDE - Wundversorgung. Medikation. Utero-zerviko-vaginale Tamponage. Blutstillende zervico-vaginale Tamponage	31,00
88.72.5	N	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE FETALE (FARB-DOPPLER) ECHOKARDIOGRAPHIE	41,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**20 OSTETRICA E GINECOLOGIA
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
88.75.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE - Vescica e pelvi maschile o femminile. Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler ECHO (COLOR) DOPPLER DES UNTERBAUCHES - Beurteilung der männlichen oder weiblichen Harnblase und Becken. Geburtshilflicher oder gynäkologischer Us mit dopplerflussimetrischer Messung	50,10
88.78	N	ECOGRAFIA OSTETRICA GEBURTSHILFSLICHER ULTRASCHALL	31,00
88.78.1	N	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione ULTRASCHALL DER OVARIEN - Follikelmessung	23,00
88.78.2	N	ECOGRAFIA GINECOLOGICA GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL	31,00
88.78.3	I	ECOGRAFIA OSTETRICA DI II LIVELLO EMODINAMICO O MORFOLOGICO ULTRASCHALL DER II STUFE FÜR HÄMODYNAMISCHE ODER MORPHOLOGISCHE KONTROLLE	129,10
88.78.4	I	IDROSALPINGOSONOGRAFIA HYDROSALPINGOSONOGRAPHIE	77,50
89.26	N	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica. Esame pelvico GYNÄKOLOGISCHE VISITE - Geburtshilfliche-gynäkologische/andrologische Visite. Beckenaustastung	18,10
89.27	I	VISITA SENOLOGICA BRUSTUNTERSUCHUNG	10,30
93.10	I	STIMOLAZIONE VESCICALE IN VESCICA NEUROGENA - Per ciclo di 10 sedute BLASENSTIMULATION BEI NEUROGENER BLASE - Pro Zyklus von 10 Sitzungen	33,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**20 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
96.17	N	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE LEGEN EINES VAGINALDIAPHRAGMAS	9,70
96.18	N	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE LEGEN EINES VAGINALPESSARS	9,70
97.71	N	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO ENTFERNUNG EINES IUD	9,70
98.16	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71) ENTFERNUNG EINES FREMDKÖRPERS AUS DEM CAVUM UTERI, OHNE INZISION - Inbegriffen: Hysteroskopie - Ausgenommen: Entfernung eines IUD (97.71)	23,50
98.17	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG EINES VAGINALEN FREMDKÖRPERS, OHNE INZISION	10,10
98.23	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG EINES FREMDKÖRPERS AUS DER VULVA, OHNE INZISION	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

21 OTORINOLARINGOIATRIA
 HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
18.02	N	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11) INZISION AM ÄUßEREN GEHÖRGANG UND AN DER OHRMUSCHEL - Ausgenommen: Fremdkörperentfernung am Gehörgang (98.11)	11,40
18.12	N	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO BIOPSIE AM AUßEREN OHR	12,80
18.29	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA 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) ANDERE LEISTUNGEN IM BEREICHE DES ÄUßEREN OHRES: - Kauterisierung. Koagulation. Kryochirurgie. Kürettagen. Elektrokoagulation. Entfernung von: kleinen angeborenen Mißbildungen präaurikuläre, Polypen, Zysten - Ausgenommen: Biopsie am äußeren Ohr (18.12), Zerumentfernung (96.52)	14,20
18.30	I	OTOMICROSCOPIA (OMS) - Incluso: medicazione OHRMIKROSKOPIE (OMS) - Inbegriffen: Verarztung	12,90
20.0	N	MIRINGOTOMIA MYRINGOTOMIE	19,90
20.01	I	MIRINGOTOMIA CON DRENAGGIO TRANSTIMPANICO - Incluso: anestesia e costo del drenaggio MYRINGOTOMIE MIT EINLAGE EINER PAUKENDRAINAGE - Inbegriffen: Anästhesie und Drainage	43,90
20.02	I	RIPOSIZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA REPOSITION EINER TRAUMATISCHEN TROMMELFELL PERFORATION	23,20
20.31	N	ELETTROCOCLEOGRAFIA ELEKTROKOCHLEOGRAPHIE	54,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**21 OTORINOLARINGOIATRIA
HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
20.32.1	N	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO BIOPSIE AUS DEM MITTELOHR	21,70
20.39.1	N	OTOEMISSIONI ACUSTICHE, SOAE, TEOAE, DPOAE OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN, SOAE, TEOAE, DPOAE	9,00
20.8	N	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione EINGRIFFE IM BEREICH DER EUSTACHISCHEN RÖHRE - Katheterismus, Insufflation (Borsäure, Acetylsalizylsäure), Intubation, Instillation von Medikamente mit Politzerballon	12,70
21.01	N	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE EPISTAXIS: VORDERE NASENTAMPONADE	12,70
21.02	H - N	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) EPISTAXIS: HINTERE NASENTAMPONADE (UND EVENTUELL AUCH VORDERE)	23,20
21.03	N	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa) EPISTAXIS: GEFÄßVERÖDUNG (MIT TAMPONADE) - (Komplette Therapie)	16,30
21.05	I	ENDOSCOPIA DIRETTA DI NASO, SENI PARANASALI, EPIFARINGE, IPOFARINGE - Endoscopia con diverse ottiche. Incluso: anestesia DIREKTE ENDOSKOPIE VON NASE, NASENEBENHÖHLEN, EPIPHARYNX, HYPOPHARYNX - Endoskopie mit verschiedenen Optiken - Inbegriffen: Anästhesie	20,70
21.22	N	BIOPSIA DEL NASO BIOPSIE AUS DER NASE	21,70
21.31	N	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE ENTFERNUNG INTRANASALER LÄSIONEN	21,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

21 OTORINOLARINGOIATRIA
 HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
21.71	N	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione NASENBEINFRAKTUR: GESCHLOSSENE REPOSITION - Inbegriffen: Schienung und deren Entfernung	21,70
21.91	N	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale INTRANASALE SYNECHIENDURCHTRENNUNG - Nasale Synechie	21,70
22.01	N	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica KIEFERHÖHLENPUNKTION ZUR ASPIRATION ODER SPÜLUNG - Drainage der Kieferhöhle über Meatus	21,70
27.71	N	INCISIONE DELL' UGOLA INZISION DER UVULA	9,80
28.00.1	N	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE PERITONSILLARABSZEß: INZISION UND DRAINAGE	19,50
29.12	N	BIOPSIA FARINGEA BIOPSIE DES PHARYNX	19,50
31.42	N	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche LARYNGOSKOPIE UND TRACHEOSKOPIE - Laryngoskopie mit fiberoptischem Gerät	27,10
31.42.1	N	LARINGOSCOPIA INDIRECTA - Incluso: Anestesia INDIRECTE LARYNGOSKOPIE - Inbegriffen: Anästhesie	7,00
31.42.2	N	LARINGOSTROBOSCOPIA LARYNGOSTROBOSKOPIE	20,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

21 OTORINOLARINGOIATRIA
 HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
31.43	N	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche. Incluso: Anestesia [ENDOSKOPISCHE] BIOPSIE DES LARYNX - Indirekte Laryngoskopie oder über fiberoptischem Gerät. Inbegriffen: Anästhesie	24,40
31.48.1	N	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO ELEKTROGLOTTOGRAPHIE	12,90
31.48.2	N	ESAME FONETOGRAFICO STIMMFELDMESSUNG	22,70
89.11	N	TONOMETRIA RHINOTONOMETRIE	13,90
89.12	N	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria STUDIUM DER NASENFUNKTION - Rhinomanometrie	13,90
89.39.4	N	GUSTOMETRIA GUSTOMETRIE	9,30
89.39.5	N	ELETTROGUSTOMETRIA ELEKTROGUSTOMETRIE	7,40
93.89.1	N	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di sei sedute) AUDIOMETRIETRAINING IM KINDESALTER - Pro Einzelbehandlung von 30 Minuten (Zyklus von 6 Sitzungen)	17,50
93.94	N	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia. Per seduta (Ciclo di dieci sedute) INHALATIONSTHERAPIE MIT VERNEBLERAPPARAT - Aerosoltherapie. Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	1,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**21 OTORINOLARINGOIATRIA
HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
95.24.1	N	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE ENG: SPONTAN- UND POSITIONSNYSTAGMUS	18,20
95.24.2	N	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO ENG: PROVOKATIONSNYSTAGMUS	26,00
95.41.1	N	ESAME AUDIOMETRICO TONALE TONAUDIOMETRIE	9,80
95.41.2	N	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE SPRACHAUDIOMETRIE	9,80
95.41.3	N	AUDIOMETRIA AUTOMATICA AUTOMATISCHE AUDIOMETRIE	20,70
95.41.4	N	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE KONDITIONIERTER FRÜHKINDLICHER HÖRTEST	11,90
95.42	N	IMPEDENZOMETRIA IMPEDANZMESSUNG	8,70
95.43	N	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber WEITERE AUDIOLOGISCHE TESTS - Beurteilung durch: Barany-Trommel, Vertäubung, Weber, Rinne	25,30
95.44.1	N	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche VESTIBULÄRE FUNKTIONSPROBEN - kalorisch	16,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

21 OTORINOLARINGOIATRIA
 HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
95.44.2	N	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei VESTIBULÄRE FUNKTIONSPROBEN - Spontanproben und Positionstests	16,30
95.45	N	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico VESTIBULÄRE FUNKTIONSPROBEN - Rotationsstuhl, Sinus Blick Pendel Test	32,50
95.46	N	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari WEITERE AUDIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGSVERFAHREN UND VESTIBULÄRE FUNKTIONSPROBEN - Überschwellige Hörtests	16,30
95.47	N	ESAME DELL' UDITO, NAS GEHÖRTEST, NNB	12,90
95.48.1	N	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO - Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica - Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito TEST ZUR ÜBERPRÜFUNG VON HÖRGERÄTEN - Tonaudiogramm mit Hörgerät. Sprachaudiogramm mit Hörgerät - Ausgenommen: Hörgeräte elektromagnetischer Natur	11,90
95.48.2	N	CONTROLLO PROTESICO ELETTOACUSTICO ELEKTROAKUSTISCHE KONTROLLE VON HÖRGERÄTEN	9,80
95.48.3	N	MISURE PROTESICHE IN SITU IN SITU MESSUNG VON HÖRGERÄTEN	12,30
95.48.4	N	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO ELEKTROSTIMULATION AM PROMONTORIUM	23,70
95.49	N	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI ANPASSUNG VON COCHLEAIMPLANTATION	19,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**21 OTORINOLARINGOIATRIA
HALS- NASEN - OHREN - ABTEILUNG**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
96.52	N	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume GEHÖRGANGSSPÜLUNG - Gehörgangsspülung zur Cerumenentfernung	7,80
97.23	I	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA - Escluso il costo della cannula AUSWECHSELN EINER TRACHEALKANÜLE - Ausgenommen die Kosten der Kanüle	16,00
98.11	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AUS DEM GEHÖRGANG, OHNE INZISION	8,40
98.12	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE INTRANASALE FREMDKÖRPERENTFERNUNG, OHNE INZISION	8,40
98.13	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE FREMDKÖRPERENTFERNUNG AUS DEM PHARYNX, OHNE INZISION	15,10
98.14	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso: Laringoscopia FREMDKÖRPERENTFERNUNG AUS DEM LARYNX, OHNE INZISION - Inbegriffen: Laryngoskopie	15,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

22 PNEUMOLOGIA
 PNEUMOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
33.22	H - N	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24) FIBEROPTISCHE BRONCHOSKOPIE - Diagnostische Tracheobronchoskopie - Ausgenommen: Bronchoskopie mit Biopsie (33.24)	82,60
33.24	H - N	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] - Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone, brushing o washing per prelievo di campione, biopsia asportativa - Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa [ENDOSKOPISCHE] BRONCHIALBIOPSIE - Bronchoskopie (Fiberglas) (starr) mit: Exfoliativer Lungenbiopsie, Brushing oder Washing zur Entnahme von Zellmaterial, Biopsie - Ausgenommen: transkutane Lungenbiopsie, verschieden von der exfoliativen	129,10
89.37.1	N	SPIROMETRIA SEMPLICE EINFACHE SPIROMETRIE	23,20
89.37.2	N	SPIROMETRIA GLOBALE KOMPLETTE SPIROMETRIE	37,20
89.37.3	N	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) GETRENNTE SPIROMETRIE DER BEIDEN LUNGEN (ARNAUD METHODE)	46,50
89.37.4	N	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA - Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco BRONCHOSPASYMOLYSE - TEST - Basis-Spirometrie und nach Medikamentenverabreichung	37,20
89.37.5	N	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO - Curva dose-risposta. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13 SPEZIFISCHER ODER UNSPEZIFISCHER BRONCHIALER PROVOKATIONSTEST - Dosis Wirkung-Kurve. Basis und Kontrollspirometrie bis maximal 13	55,80
89.37.6	N	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4 BRONCHIALER PROVOKATIONSTEST MIT SPEZIFISCHER SUBSTANZ - Einzelstimulus. Basis und Kontrollspirometrie bis max 4	46,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

22 PNEUMOLOGIA
 PNEUMOLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.38.1	N	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria STRÖMUNGSWIDERSTAND DER ATEMWEGE - Ausgenommen: Spirometrie	23,20
89.38.2	N	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA KOMPLETTE SPIROMETRIE MIT PLETHYSMOGRAPHISCHER TECHNIK	23,20
89.38.3	N	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO CO-DIFFUSIONSKAPAZITÄT	23,20
89.38.4	N	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA STATISCHE UND DYNAMISCHE COMPLIANCE DER LUNGEN	46,50
89.38.5	N	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO BESTIMMUNG DES ATMUNGSMODELLES IN RUHE	23,20
89.38.6	N	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI BEURTEILUNG DER VENTILATION UND DER AUSATMUNGSGASE UND ENTSPRECHENDE MEßWERTE	69,70
89.38.7	N	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE BESTIMMUNG DES MAXIMALEN INSPIRATORISCHEN UND EXPIRATORISCHEN DRUCKES ODER DES TRANSDIAPHRAGMATISCHEN DRUCKES	46,50
89.38.8	N	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI VENTILATIONSVERTEILUNGSTEST MIT NICHT RADIOAKTIVEN GASEN	23,20
89.38.9	N	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 BESTIMMUNG DES P O.1	23,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**22 PNEUMOLOGIA
PNEUMOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.44.1	N	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi KARDIORESPIRATORISCHER BELASTUNGSTEST - EKG, Atemgasanalyse, Ventilationsbestimmung, Blutgasanalyse	83,70
89.44.2	N	TEST DEL CAMMINO WALKINGTEST	55,80
89.65.1	N	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso ARTERIELLE BLUTGASANALYSE - Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse	13,70
89.65.2	N	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia BLUTGASANALYSE UNTER O2 ATMUNG IN HÖHERER KONZENTRAFTION - Hyperoxie Test	18,60
89.65.3	N	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia BLUTGASANALYSE UNTER O2 ATMUNG IN NIEDRIGER KONZENTRATION - Hypoxie Test	18,60
89.65.4	N	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 TRANSKUTANE O2 UND CO2 MONITORISIERUNG	18,60
89.65.5	N	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA UNBLUTIGE MONITORISIERUNG DER SAUERSTOFFSÄTTIGUNG	9,30
89.65.6	N	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE BLUTGASANALYSE VOR UND NACH HYPERVENTILATION	18,60
89.66	N	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT	18,60

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**22 PNEUMOLOGIA
PNEUMOLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
91.90.7	I	RICERCA QUALITATIVA DI ALLERGENI AMBIENTALI (Acarex test) NACHWEIS VON UMWELTALLERGENEN (Acarex Test)	15,50
91.90.8	H - I	INTRADERMOREAZIONI CON VELENO DI IMENOTTERI INTRAKUTANTEST MIT INSEKTENGIFT	23,20
93.91	N	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta POSITIVE INTERMITTIERENDE DRUCKBEATMUNG - Pro Sitzung	5,80
93.99	N	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale. Per seduta (Ciclo di dieci sedute) ANDERE RESPIRATORISCHE VERFAHREN - Atemgymnastik mit Lagerungsdrainage. Pro Sitzung (Zyklus von 10 Sitzungen)	8,20
93.99.1	N	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta BRONCHIALINSTILLATION - Pro Sitzung	7,80
98.15	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG VON INTRALUMINAL-, BRONCHIAL- ODER TRACHEALFREMDKÖRPER, OHNE INZISION	18,50
99.12.1	H - I	TERAPIA DI DESENSIBILIZZAZIONE AL VELENO DI IMENOTTERI HYPOSENSIBILISIERUNGSBEHANDLUNG AUF INSEKTENGIFT	12,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.100	I	Prima visita dello psichiatra Psychiatrische Erstuntersuchung	81,54
850.101	I	Colloquio psichiatrico individuale Psychiatrisches Einzelgespräch	81,54
850.102	I	Colloquio psichiatrico, inclusi i test Psychiatrisches Gespräch einschließlich Test	81,54
850.103	I	Visita neuropsichiatrica di controllo Neuropsychiatrische Kontrolluntersuchung	81,54
850.110	I	Counselling ai genitori da parte dello psichiatra Elternberatung durch Psychiater	81,54
850.111	I	Consulenza dello psichiatra ad altro professionista Beratung des Psychiaters für andere Fachleute	81,54
850.112	I	Consulenza / colloquio dello psichiatra di restituzione diagnostica Beratung / zusammenfassendes Abschlussgespräch des Psychiaters	81,54
850.120	I	Raccolta dati da altri servizi da parte dello psichiatra Datensammlung bei anderen Diensten	53,00
850.130	I	Relazione clinica dello psichiatra Klinischer Bericht des Psychiaters	17,67

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.131	I	Lettera al pediatra di fine trattamento da parte dello psichiatra Mitteilung an Kinderarzt von Seiten des Psychiaters	13,25
850.132	I	Lettera al pediatra e piano terapeutico per arruolamento Metilfenidato (psichiatra) Mitteilung an Kinderarzt und therapeutischer Plan für Registereintragung Methylphenidat	17,67
850.133	I	Relazione dello psichiatra per la farmacia per farmaci off label Bericht an die Apotheke für Off-Label-Arzneien	26,50
850.134	I	Compilazione registro AIFA ADHD (psichiatra) Eintragung ins ADHD-AIFA-Register	8,83
850.135	I	Compilazione registro AIFA ADHD Arruolamento Metilfenidato (psichiatra) Eintragung ins ADHD-AIFA-Registereintragung Methylphenidat	35,33
850.140	I	Monitoraggio cardiocircolatorio Herz-Kreislauf-Überwachung	13,59
850.200	I	Prima visita dello psicologo Psychologische Erstuntersuchung	64,62
850.201	I	Colloquio psicologico-clinico, osservazione Psychologisches / klinisches Gespräch, Beobachtung	48,46
850.202	I	Prima visita (medico o psicologo) in paz. autistico Erstuntersuchung (Arzt oder Psychologe) des autistischen Patienten	64,62

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

23 PSICHIATRIA
 PSYCHIATRIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.203	I	Colloquio anamnestico in paz autistico (medico o psicologo) Gespräch über die Krankheitsgeschichte des autistischen Patienten (Arzt oder Psychologe)	64,62
850.204	I	Primo colloquio dello psicologo per collocazione extrafamiliare Erstgespräch des Psychologen für die außerfamiliäre Unterbringung	64,62
850.205	I	Colloquio psicologico-clinico familiare Psychologisch-klinisches Gespräch mit den Familienmitgliedern	48,46
850.206	I	Colloquio familiare o di coppia da parte dello psicologo Familien- oder Paargespräch von Seiten des Psychologen	64,62
850.207	I	Colloquio individuale dello psicologo per intervento integrato di rete Einzelgespräch mit dem Psychologen für integrierte Netzwerkaktivitäten	64,62
850.220	I	Test intellettivi - test proiettivi (0-11 anni) geistige Tests und Projektionstests, Selbstbeurteilungstest/strukturiertes Interview (0-11 Jahre)	48,46
850.221	I	Test intellettivi - test proiettivi - scale self-report/interviste strutturate geistige Tests und Projektionstests, Selbstbeurteilungstest/strukturiertes Interview	48,46
850.222	I	Somministrazione test diagnostici per valutazione (psicologo) per ADHD e autistici Durchführung diagnostischer Bewertungstests des Psychologen für ADHD - Referenzzentrum und autistische Patienten	48,46
850.223	I	Test intellettivi - test proiettivi - questionari / interviste strutturate (psicologo), funzione tribunale geistige Tests und Projektionstests, Selbstbeurteilungstest/strukturiertes Interview, Funktion Landesgericht	48,46

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.224	I	Stesura di progetto educativo-riabilitativo in paz autistico (medico o psicologo) Erstellung eines pädagogischen und rehabilitativen Behandlungsplanes der Störung des autistischen Spektrums (Arzt oder Psychologe)	63,00
850.230	I	Psicoterapia individuale Psychotherapeutische Einzelbehandlung	64,62
850.231	I	Terapia psicologica individuale Psychologische Einzelbetreuung	64,62
850.232	I	Psicoterapia di gruppo (4-8 paz.), 90 minuti, per partecipante Psychotherapeutische Gruppenbehandlung - (4 - 8 Teilnehmer), 90 Min., pro Teilnehmer	16,15
850.233	I	Terapia psicologica di gruppo (4-8 paz.), 90 min, per partecipante Psychologische Gruppenbetreuung (4 - 8 Teilnehmer), 90 Min., pro Teilnehmer	16,15
850.240	I	Rieducazione psicoeducativa a carico dell'educatore o dello psicologo (ciclo di 20 sedute) Psychoedukation durch Erzieher oder Psychologen, (Zyklus von 20 Sitzungen/60 Min.)	64,62
850.250	I	Counselling ai genitori da parte dello psicologo Elternberatung durch Psychologen	64,62
850.251	I	Counselling ai familiari in paz autistico (psicologo) Beratung der Familie des autistischen Patienten durch Psychologen	64,62
850.252	I	Consulenza dello psicologo ad altro professionista Beratung des Psychologen für andere Fachleute	64,62

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.253	I	Consulenza/ colloquio dello psicologo di restituzione diagnostica Beratung / zusammenfassendes Abschlussgespräch des Psychologen	64,62
850.254	I	Consulenza/ colloquio di restituzione diagnostica (medico o psicologo) in paz. autistico Beratung der Eltern des autistischen Patienten / zusammenfassendes Abschlussgespräch (Arzt oder Psychologe)	63,00
850.255	I	Consulenza per raccolta dati minore/ scuola Beratung zur Datenerhebung des Minderjährigen/Schule	64,62
850.256	I	Consulenza di restituzione famiglia/ scuola Beratung der Familie/Schule des Integrationsprozesses	64,62
850.257	I	Consulenza dello psicologo per collocazione extrafamiliare Beratung des Psychologen für andere Fachleute der außerfamiliären Unterbringung des Patienten	64,62
850.258	I	Consulenza a Tribunale, Procura, Polizia Beratung für Gericht, Staatsanwaltschaft und Gerichtspolizei	64,62
850.260	I	Incontro di equipe interdisciplinare in paz autistico (psicologo) Fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	42,00
850.261	I	Incontro breve di equipe interdisciplinare in paz autistico (psicologo) kurze, fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	21,00
850.262	I	Parent training in paz autistico (medico o psicologo) Eltern-Training betreffend des autistischen Patienten (durch Arzt oder Psychologe)	64,62

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.263	I	Parent training di gruppo in paz autistico (medico o psicologo) Eltern-Gruppentraining betreffend des autistischen Patienten (durch Arzt oder Psychologe)	96,92
850.270	I	Relazione clinica dello psicologo Psychologischer klinischer Bericht	14,00
850.271	I	Relazione clinica dello psicologo per il tribunale Psychologischer klinischer Bericht für das Gericht	42,00
850.272	I	Relazione clinica dello psicologo per collocazione extrafamiliare Klinischer Bericht des Psychologen für die außerfamiliäre Unterbringung des Patienten	63,00
850.273	I	Relazione clinica / certificazione in paz. autistico Bescheinigung / klinischer Bericht des autistischen Patienten	14,00
850.274	I	Relazione clinica / certificazione per L. 104/92, B.E.S. Klinischer Bericht / Bescheinigung für G.104/92	63,00
850.300	I	Colloquio del logopedista per raccolta dati e/o valutazione Gespräch des Logopäden zur Datenerhebung und/oder Bewertung	35,06
850.310	I	Somministrazione test da parte del logopedista Testdurchführung des Logopäden	35,06
850.311	I	Valutazione funzionale logopedica - test e scale in paz autistico Funktionale logopädische Bewertung des autistischen Patienten - Test und Bewertungsskala	35,06

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.312	I	Counselling del logopedista ai genitori Elternberatung durch Logopäde	35,06
850.313	I	Counselling del logopedista ai genitori dopo terapia di gruppo Elternberatung durch Logopäde nach Gruppentherapie	17,53
850.314	I	Consulenza del logopedista alla scuola Schulberatung durch Logopäde	35,06
850.315	I	Consulenza tecnica del logopedista a famiglia/scuola nell'ambito del monitoraggio a medio termine Technische Beratung des Logopäden an Familie/Schule im Bereich der mittelfristigen Überwachung	35,06
850.316	I	Valutazione di verifica del logopedista dopo terapia individuale Abschlussbewertung des Logopäden nach Einzelbehandlung	35,06
850.317	I	Valutazione di verifica del logopedista dopo terapia di gruppo Abschlussbewertung des Logopäden nach Gruppentherapie	17,53
850.318	I	Valutazione di verifica del logopedista nell'ambito del monitoraggio a medio termine Abschlussbewertung des Logopäden im Bereich der mittelfristigen Überwachung	35,06
850.319	I	Stesura progetto educativo-rieducativo in paz autistico (logopedista) Erstellung eines pädagogischen und rehabilitativen Behandlungsplanes des autistischen Patienten	40,50
850.320	I	Logopedia individuale breve, per seduta (10 sedute) Logopädie, kurze Einzelbehandlung, pro Einzeltherapie (Zyklus von 10 Sitzungen)	35,06

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.321	I	Logopedia individuale media, per seduta (20 sedute) Logopädie, Einzelbehandlung mittlerer Dauer, pro Einzeltherapie (Zyklus von 20 Sitzungen)	35,06
850.322	I	Logopedia individuale lunga, per seduta (30 sedute) Logopädie, lange Einzelbehandlung, pro Einzeltherapie (Zyklus von 30 Sitzungen)	35,06
850.323	I	Logopedia individuale DSA, per seduta (5 sedute) Logopädie, Einzeltherapie DSA, pro Einzeltherapie (Zyklus von 5 Sitzungen)	35,06
850.324	I	Logopedia di gruppo, per seduta e per partecipante (10 sedute) Logopädie, Gruppentherapie, pro Sitzung und Teilnehmer (Zyklus von 10 Sitzungen)	6,38
850.325	I	Logopedia individuale in paziente autistico, per seduta (20 sedute) Logopädie, Einzelbehandlung des autistischen Patienten, pro Einzeltherapie (Zyklus von 20 Sitzungen)	35,06
850.326	I	Logopedia di gruppo in paziente autistico, per seduta e per partecipante (10 sedute) Logopädie, Gruppentherapie der autistischen Patienten, pro Sitzung und Teilnehmer (Zyklus von 10 Sitzungen)	10,02
850.330	I	Relazione clinica del logopedista Klinischer Bericht des Logopäden	9,00
850.340	I	Incontro di equipe interdisciplinare in paz autistico (logopedista) Fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	27,00
850.341	I	Incontro di equipe interdisciplinare breve in paziente autistico (logopedista) kurze, fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	13,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.342	I	Incontro del logopedista con la scuola o con altri servizi coinvolti in paz autistico Treffen des Logopäden mit der Schule oder anderen miteinbezogenen Diensten des autistischen Patienten	27,00
850.400	I	Colloquio dell'ergoterapista per raccolta dati e/o valutazione Gespräch zur Datenerhebung und/oder Bewertung	35,06
850.410	I	Somministrazione test da parte dell'ergoterapista Testdurchführung des Ergotherapeuten	35,06
850.411	I	Valutazione funzionale psicomotoria o ergoterapica - test e scale in paz autistico Funktionale psychomotorische und ergotherapeutische Bewertung des autistischen Patienten - Test und Bewertungsskala	35,06
850.412	I	Counselling dell'ergoterapista ai genitori Elternberatung durch Ergotherapeut	35,06
850.413	I	Counselling dell'ergoterapista ai genitori dopo terapia di gruppo Elternberatung durch Ergotherapeut nach Gruppentherapie	17,53
850.414	I	Consulenza dell'ergoterapista alla scuola Schulberatung durch Ergotherapeut	35,06
850.415	I	Consulenza tecnica dell'ergoterapista a famiglia/scuola nell'ambito del monitoraggio a medio termine Technische Beratung an Familie bzw. Schule im Bereich der mittelfristigen Überwachung	35,06
850.416	I	Valutazione di verifica dell'ergoterapista dopo terapia individuale Abschlussbewertung des Ergotherapeuten nach Einzeltherapie	35,06

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.417	I	Valutazione di verifica dell'ergoterapista dopo terapia di gruppo Abschlussbewertung des Ergotherapeuten nach Gruppentherapie	17,53
850.418	I	Valutazione di verifica dell'ergoterapista nell'ambito del monitoraggio a medio termine Abschlussbewertung des Ergotherapeuten der mittelfristigen Überwachung	35,06
850.419	I	Stesura progetto educativo-rieducativo in paz autistico (ergoterapista) Erstellung eines pädagogischen und rehabilitativen Behandlungsplanes des autistischen Patienten (Ergotherapeut)	40,50
850.420	I	Terapia occupazionale individuale breve, per seduta (10 sedute) Kurze Einzelbeschäftigungstherapie, pro Einzeltherapie (Zyklus von 10 Sitzungen)	35,06
850.421	I	Terapia occupazionale individuale media, per seduta (20 sedute) Einzelbeschäftigungstherapie mittlerer Dauer, pro Einzeltherapie (Zyklus von 20 Sitzungen)	35,06
850.422	I	Terapia occupazionale individuale lunga, per seduta (30 sedute) Lange Einzelbeschäftigungstherapie, pro Einzeltherapie (Zyklus von 30 Sitzungen)	35,06
850.423	I	Terapia occupazionale individuale DSA, per seduta (5 sedute) Einzelbeschäftigungstherapie DSA, pro Einzeltherapie (Zyklus von 5 Sitzungen)	35,06
850.424	I	Terapia occupazionale di gruppo, per seduta e per partecipante (10 sedute) Gruppenbeschäftigungstherapie, pro Sitzung und pro Teilnehmer (Zyklus von 10 Sitzungen)	6,38
850.425	I	Terapia occupazionale individuale in paziente autistico, per seduta (20 sedute) Einzelbeschäftigungstherapie des autistischen Patienten, pro Einzeltherapie (Zyklus von 20 Sitzungen)	35,06

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

23 PSICHIATRIA
 PSYCHIATRIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.426	I	Terapia occupazionale di gruppo in paziente autistico, per seduta e per partecipante (10 sedute) Gruppenbeschäftigungstherapie der autistischen Patienten, pro Sitzung und pro Teilnehmer (Zyklus von 10 Sitzungen)	10,02
850.430	I	Relazione clinica dell'ergoterapista Klinischer Bericht des Ergotherapeuten	9,00
850.440	I	Incontro di equipe interdisciplinare in paz autistico (ergoterapista) Fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	27,00
850.441	I	Incontro di equipe interdisciplinare breve in paziente autistico (ergoterapista) kurze, fachübergreifende Teamsitzung betreffend des autistischen Patienten	13,50
850.442	I	Incontro dell'ergoterapista con la scuola o con altri servizi coinvolti in paz autistico Treffen des Ergotherapeuten mit der Schule oder anderen miteinbezogenen Diensten des autistischen Patienten	27,00
850.A01	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE MEDICA-PSICOLOGICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERSTE ÄRZTLICH-PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	491,08
850.A02	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE LOGOPEDICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERSTE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	242,82
850.A03	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE ERGOTERAPICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERSTE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	242,82

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.A04	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	1.377,92
850.A05	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	776,86
850.A06	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO DI GRUPPO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE GRUPPENBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	158,22
850.A07	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO ERGOTERAPICO o PSICOMOTORIO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERGOTHERAPEUTISCHE ODER PSYCHOMOTORISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	741,80
850.A08	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO ERGOTERAPICO o PSICOMOTORIO DI GRUPPO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERGOTHERAPEUTISCHE ODER PSYCHOMOTORISCHE GRUPPENBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	158,22
850.A09	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - CONTROLLO MEDICO-PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ÄRZTLICH-PSYCHOLOGISCHE KONTROLLE DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 18 Jahre)	257,08
850.N01	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA COMPLESSA (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	531,36

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.N02	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA COMPLESSA (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	694,44
850.N03	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	262,28
850.N04	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA BREVE (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	262,28
850.N05	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)	420,94
850.N06	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO BREVE (12 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)	502,48
850.N07	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO MEDIO (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ÄRZTLICHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 11 Jahre)	910,17
850.N08	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO MEDIO (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ÄRZTLICHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (12 - 18 Jahre)	747,10
850.N09	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO LUNGO (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)	2.214,79

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

23 PSICHIATRIA
 PSYCHIATRIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.N10	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO LUNGO (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)	2.133,25
850.N11	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - AMBULATORIO PSICOFARMACI (6 -18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOPHARMAZEUTISCHE AMBULANZ (6 - 18 Jahren)	827,96
850.N12	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - CENTRO DI RIFERIMENTO ADHD (6-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ADHD-REFERENZZENTRUM (6 - 18 Jahren)	1.274,04
850.N13	I	Funzione Ambulatorio: centro di riferimento ADHD - ARRUOLAMENTO Metilfenidato Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ADHD-REFERENZZENTRUM - Registereintragung Methylphenidat	386,85
850.N14	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	482,46
850.N15	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	627,85
850.N16	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE KURZBEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	240,15
850.N17	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA BREVE (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE KURZBEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	288,62
850.N18	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)	854,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

23 PSICHIATRIA
 PSYCHIATRIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.N19	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO BREVE (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)	660,15
850.N20	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO MEDIO (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 11 Jahre)	1.564,77
850.N21	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO MEDIO (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (12 - 18 Jahre)	1.241,69
850.N22	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO LUNGO (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)	2.663,23
850.N23	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO LUNGO (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)	2.275,54
850.N24	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DI GRUPPO (0 - 18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE GRUPPENBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre)	272,46
850.N25	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	149,26
850.N26	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA COMPLESSA (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	219,39
850.N27	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	149,26

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.N28	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA BREVE (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	149,26
850.N29	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA COMPLESSA (0-11 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)	219,39
850.N30	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA (12-18 anni) Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)	149,26
850.R01	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE BREVE (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht	429,78
850.R02	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE MEDIO (0-18 anni) - Include: ciclo di 20 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 20 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	815,49
850.R03	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE LUNGO (0-18 anni) - Include: ciclo di 30 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 30 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	1.166,14

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

23 PSICHIATRIA
 PSYCHIATRIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.R04	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO: TRATTAMENTO LOGOPEDICO individuale IN ETÀ 13 - 18 ANNI - Include: ciclo di 5 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - SPEZIFISCHE LERNSTÖRUNGEN: LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (13 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 5 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	289,52
850.R05	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO DI GRUPPO (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di logopedia di gruppo, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE GRUPPENBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 logopädischen Gruppensitzungen, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht	107,82
850.R06	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE BREVE (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht	429,78
850.R07	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE MEDIA (0-18 anni) - Include: ciclo di 20 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE MITTLERER DAUER (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 20 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	815,49
850.R08	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE LUNGA (0-18 anni) - Include: ciclo di 30 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 30 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	1.166,14
850.R09	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO: TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE IN ETÀ 13 - 18 ANNI - Include: ciclo di 5 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - SPEZIFISCHE LERNSTÖRUNGEN: EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (13 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 5 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht	289,52

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.R10	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE DI GRUPPO (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di terapia occupazionale di gruppo, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - GRUPPENBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht	107,82
850.R11	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - MONITORAGGIO LOGOPEDICO A MEDIO TERMINE RICADUTE DOPO FINE TRATTAMENTO - Include: quattro consulenze tecniche a famiglia o scuola, una valutazione di verifica Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - MITTELFRISTIGE ÜBERWACHUNG AUF RÜCKFÄLLE NACH BEHANDLUNGSABSCHLUSS - Umfasst: vier technische Beratungen an Familie oder Schule und eine Abschlussbewertung	175,32
850.R12	I	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - MONITORAGGIO ERGOTERAPICO O PSICOMOTORIO A MEDIO TERMINE RICADUTE DOPO FINE TRATTAMENTO - Include: quattro consulenze tecniche a famiglia o scuola, una valutazione di verifica Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - MITTELFRISTIGE ÜBERWACHUNG AUF RÜCKFÄLLE NACH ABSCHLUSS ERGOTHERAPEUTISCHER ODER PSYCHOMOTORISCHER BEHANDLUNG - Umfasst: vier technische Beratungen an Familie oder Schule und eine Abschlussbewertung	175,32
850.S01	I	Funzione Scuola - L. 104/92 - VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA CERTIFICAZIONE L. 104/92 Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - PSYCHODIAGNOSTISCHE BEWERTUNG - BESCHEINIGUNG G. 104/92	483,00
850.S02	I	Funzione Scuola - L. 104/92 - VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA ALUNNI B.E.S. Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - PSYCHODIAGNOSTISCHE BEWERTUNG VON SCHÜLERN MIT BESONDEREN ERZIEHUNGSBEDÜRFNISSEN	434,54
850.S03	I	Funzione Scuola - L. 104/92 - GESTIONE PROCESSO INTEGRAZIONE L.104/92 Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - VERWALTUNG DES INTEGRATIONSPROZESSES G.104/92	290,77
850.T01	I	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - VALUTAZIONE PER COLLOCAZIONE EXTRAFAMILIARE (Comunità terapeutica o integrata o famiglia affidataria) Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - BEWERTUNG DER UNTERBRINGUNG AUSSERHALB DER FAMILIE (Therapeutische oder integrierte Gemeinde oder Pflegefamilien)	789,92

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
850.T02	I	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - INTERVENTO INTEGRATO di RETE Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - INTEGRIERTE NETZWERKTÄTIGKEITEN	558,92
850.T03	I	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - VALUTAZIONE del MINORE Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - BEWERTUNG DES MINDERJÄHRIGEN	558,92
94.01.1	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA INTELLIGENZTEST	9,70
94.01.2	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO - M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET INTELLIGENZTEST - M.D.B., MODA, HAWIE, STANFORD BINET	15,50
94.02.1	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine GEDÄCHTNISTEST - Implizites und explizites Gedächtnis, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis	5,80
94.02.2	N	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] GEDÄCHTNIS-TEST-BATTERIE [WMS]	5,80
94.08.1	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE PSYCHOMOTORISCHE LEISTUNGSTESTS	5,80
94.08.2	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI TEST DER VISUELL-RÄUMLICHEN FÄHIGKEITEN	5,80
94.08.3	N	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' PROJEKTIVE PERSÖNLICHKEITSTESTS	7,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**23 PSICHIATRIA
PSYCHIATRIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
94.08.5	N	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE TEST FÜR DIE BEURTEILUNG DER SOZIALEN KOMPETENZ	5,80
94.08.6	N	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING TEST FÜR FAMILIENDIAGNOSTIK UND COPING - STRATEGIEN	5,80
94.09	N	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO KLINISCH- PSYCHOLOGISCHE BEURTEILUNG	19,40
94.12.1	N	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - Visita neuropsichiatrica infantile di controllo PSYCHIATRISCHE KONTROLL-VISITE - Kinderneuropsychiatrische Kontroll-Visite	11,90
94.19.1	N	COLLOQUIO PSICHIATRICO PSYCHIATRISCHES GESPRÄCH	19,40
94.3	N	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE EINZELPSYCHOTHERAPIE	19,40
94.42	N	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta FAMILIENPSYCHOTHERAPIE - Pro Sitzung	23,20
94.44	N	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante GRUPPENPSYCHOTHERAPIE - Pro Sitzung und Teilnehmer	9,70
94.45	I	FOTOTERAPIA - Terapia della luce (per ciclo di 7 sedute) LICHTTHERAPIE - (Pro Zyklus von 7 Sitzungen)	15,50

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**24 RADIOTERAPIA
RADIOTHERAPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.21.1	N	ROENTGENTERAPIA - Per seduta RÖNTGENTHERAPIE - Pro Bestrahlungseinheit	7,20
92.23.1	N	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI - Per seduta e per focolaio trattato TELEGAMMATHERAPIE MIT EINFELD ODER ZWEI GEGENFELDBESTRAHLUNGEN - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	21,70
92.23.2	N	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO - Per seduta e per focolaio trattato TELEGAMMATHERAPIE MIT MEHRFELDTECHNIK, MIT BEWEGUNGBESTRAHLUNG - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	26,10
92.23.3	N	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH - Per seduta e per focolaio trattato TELEGAMMATHERAPIE MIT FLASH-TECHNIK - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	51,70
92.24.1	N	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI - Per seduta e per focolaio trattato TELETERAPIE MIT LINEARBESCHLEUNIGER MIT EINEM ODER ZWEI ENTGEGENGESETZTEN FELDERN - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	35,80
92.24.2	N	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO - Per seduta e per focolaio trattato TELETERAPIE MIT LINEARBESCHLEUNIGER MIT MEHREREN FELDERN, MIT PENDELBEWEGUNG - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	51,70
92.24.3	N	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH - Per seduta e per focolaio trattato TELETERAPIE MIT LINEARBESCHLEUNIGER MIT FLASH-TECHNIK - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	77,50
92.24.4	* - N	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA STEREOTAKTISCHE THERAPIE	790,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**24 RADIOTERAPIA
 RADIOTHERAPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.25.1	N	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI - Per seduta e per focolaio trattato TELETHERAPIE MIT ELEKTRONEN MIT FIXER EIN ODER MEHRFELDTHECHNIK - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	38,40
92.25.2	* - N	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI) GANZKÖRPERBESTRAHLUNG MIT (TSEI/TSEBI) ELEKTRONEN	1.053,60
92.27.1	N	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) - Per seduta e per focolaio trattato INTRAKAVITÄRE STRAHLENTHERAPIE MIT NACHLADETECHNIK (HDR) - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	278,90
92.27.2	N	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE INTERSTIZIELLE STRAHLENTHERAPIE MIT PERMANENTER IMPLANTATION	436,80
92.27.3	N	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) - Per seduta e per focolaio trattato KONTAKTBESTRAHLUNG (HDR) - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	143,60
92.27.4	N	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) - Per seduta e per focolaio trattato INTERSTIZIELLE STRAHLENTHERAPIE MIT NACHLADETECHNIK (HDR) - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	368,80
92.27.5	N	BETATERAPIA DI CONTATTO - Per seduta e per focolaio trattato KONTAKTBESTRAHLUNG MIT BETA STRAHLERN - Pro Bestrahlungseinheit und pro behandelten Herd	51,70
92.28.1	N	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI - Fino a 370 MBq THERAPIE DER HYPERTHYREOSE - Bis zu 370 MBq	67,60
92.28.2	N	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI - Per ogni 370 MBq successivi THERAPIE DER HYPERTHYREOSE - Für je 370 MBq zusätzlich	14,20

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**24 RADIOTERAPIA
 RADIOTHERAPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.28.3	N	TERAPIA ENDOCAVITARIA INTRAKAVITÄRE THERAPIE	180,00
92.28.4	N	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI - Fino a 185 MBq THERAPIE MIT MONOKLONALEN ANTIKÖRPERN - Bis zu 185 MBq	526,80
92.28.5	N	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI - Per ogni 185 MBq successivi THERAPIE MIT MONOKLONALEN ANTIKÖRPERN - Für je 185 MBq zusätzlich	219,50
92.28.6	* - N	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE PALLIATIVE SCHMERZTHERAPIE BEI KNOCHENMETASTASEN	826,30
92.29.1	N	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE - Con simulatore radiologico (intero trattamento) BESTIMMUNG DES ZIELVOLUMENS UND THERAPIESIMULATION - Mit diagnostischer Röntgenröhre als Therapiesimulator (Gesamte Behandlung)	54,20
92.29.2	N	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE - Con TC simulatore o TC. In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento) BESTIMMUNG DES ZIELVOLUMENS UND THERAPIESIMULATION - Mit CT Therapiesimulator oder mit CT. Bei Kontrastmittelverabreichung auch (38.99.1) kodifizieren (Gesamte Behandlung)	98,10
92.29.3	N	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE - Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento) BESTIMMUNG DES ZIELVOLUMENS UND THERAPIESIMULATION - Mit MR Bei Kontrastmittelverabreichung auch (38.99.2) kodifizieren (Gesamte Behandlung)	129,10
92.29.4	N	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO - Calcolo della dose in punti PHYSIKALISCHE DOSIMETRIE - Punktdosisberechnung	23,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**24 RADIOTERAPIA
RADIOTHERAPIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
92.29.5	N	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC - In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2) PHYSIKALISCHE DOSIMETRIE MIT COMPUTERUNTERSTÜTZTER AUSWERTUNG VON CT SCHNITTBILDERN - Bei 3 dimensioneller Rekonstruktion auch (88.90.2) kodifizieren	90,40
92.29.6	N	DOSIMETRIA IN VIVO - Controllo fisico della ripetibilita' del trattamento. Controllo fisico per radioprotezione IN VIVO DOSIMETRIE - Physikalische Kontrolle der Reproduzierbarkeit der Behandlung. Physikalische Kontrolle für den Strahlenschutz	11,20
92.29.7	N	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento) PERSONIFIZIERTE ABSCHIRMUNG (Gesamte Behandlung)	47,50
92.29.8	N	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (intero trattamento) PERSONIFIZIERTES SYSTEM FÜR RUHIGSTELLUNG (Gesamte Behandlung)	101,40
92.29.9	N	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento) VORBEREITUNG VON UMRISSKOMPENSATOREN (Gesamte Behandlung)	86,90
99.85	N	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE - Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore HYPERTHERMIE ZUR BEHANDLUNG VON TUMOREN - Hyperthermie [Zusatztherapie] durch Mikrowellen, Ultraschall, Niederfrequenzradiowellen, intestinalen Sonden, oder andere Mittel zur Tumorbehandlung	65,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**25 UROLOGIA
UROLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
55.92	H - N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale PERKUTANE NIERENPUNKTION - Punktion von Nierenzysten	62,00
55.93	I	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) - Intero trattamento EXTRAKORPORALE LITHOTRIPSIE (ESWL) - Gesamte Behandlung	774,70
55.94	H - I	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO ÜBERPRÜFUNG ODER ERSETZUNG EINES PYELOSTOMISCHEN ODER NEPHROSTOMISCHEN KATHETERS	103,30
56.31	H - N	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile URETEROSKOPIE - Mit flexiblem Instrument	72,70
57.17	N	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico PERKUTANE ZYSTOSTOMIE - Ausgenommen: Wechsel oder Entfernung des Zystostomiekatheters, Zystotomie und Zystostomie als chirurgischer Eingriff.	27,30
57.32	N	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretoscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata ZYSTOSKOPIE [TRANSURETHRAL] - Ausgenommen: Zystoureteroskopie mit Harnröhrenbiopsie, retrograde Pyelographie (87.74), Zystoskopie zur postoperativen Kontrolle der Harnblase und der Prostata	45,50
57.33	N	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA ZYSTOSKOPIE [TRANSURETHRAL] MIT BIOPSIE	56,80
57.39.1	N	CROMOCISTOSCOPIA CHROMOZYSTOSKOPIE	56,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**25 UROLOGIA
UROLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
57.39.2	N	ESAME URODINAMICO INVASIVO INVASIVE URODYNAMISCHE UNTERSUCHUNG	56,80
57.49.1	N	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale TRANSURETHRALE RESEKTION VON LÄSIONEN ODER NEOPLASIEN DER HARNBLASE - Endoskopische Elektrokoagulation der Harnblase - Ausgenommen: Transurethrale Biopsie der Harnblase (57.33), transurethrale Fistelresektion	56,80
57.94	N	CATETERISMO VESCICALE LEGEN EINES BLASENKATHETERS	9,10
57.95	I	SOSTITUZIONE DI CATETERE CISTOSTOMICO WECHSEL EINES ZYSTOSTOMIEKATHETERS	12,90
58.22	N	URETROSCOPIA EXPLORATIVE URETHROSKOPIE	27,30
58.23	N	BIOPSIA DELL' URETRA BIOPSIE DER HARNRÖHRE	38,60
58.31	N	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale ABTRAGUNG ODER ELEKTROKOAGULATION VON LÄSIONEN ODER GEWEBE IN DER HARNRÖHRE - Abtragung einer Urethrakarunkel	38,60
58.47	H - N	MEATOPLASTICA URETRALE MEATUSPLASTIK DER HARNRÖHRE	87,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

25 UROLOGIA
 UROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
58.5	H - N	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi ENDOSKOPISCHE URETHROTOMIE - Inzision des urethralen Sphinkters, Inzision des Blasenhalsses und der Harnröhre	38,60
58.60.1	N	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica) DILATATION DES BLASENHALSES - Dilatation des Blasenhalsses, Sondierung der Harnröhre (Einzige Sitzung)	34,10
58.60.2	N	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta) PROGRESSIVE HARNRÖHRENDILATATIONEN - (Pro Sitzung)	10,20
58.60.3	N	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE [ENDOSKOPISCHE] ENTFERNUNG VON HARNRÖHRENSTEIN	38,60
59.8	N	CATETERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74) HARNLEITER KATHETERISMUS - Drainage der Niere mittels Katheter, Einlegen eines Harnleiterstents, Dilatation des Harnleiterostiums - Ausgenommen: Katheterismus zur Extraktion von Nierenstein, retrogradePyelographie (87.74)	22,70
60.0	N	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico DRAINAGE EINES PROSTATAAABSZESSES - Inzision der Prostata - Ausgenommen: Drainage des periprostatistischen Gewebes	27,30
60.11	N	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale TRANSPERINEALE BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER PROSTATA - Transperinealer oder transrektaler Zugang	27,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

25 UROLOGIA
 UROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
60.11.1	N	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Agobiopsia Eco-guidata della prostata TRANSPERINEALE BIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE] DER PROSTATA - US - gesteuerte Nadelbiopsie der Prostata	48,30
60.13	H - N	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI [PERKUTANE] BIOPSIE DER SAMENBLÄSCHEN	62,00
60.91	N	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11) PERKUTANE PROSTATAPUNKTION [ZYTOASPIRATION] - Ausgenommen: Nadelbiopsie der Prostata (60.11)	27,30
61.0	N	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91) INZISION UND DRAINAGE DES SKROTUMS UND DER TUNICA VAGINALIS - Ausgenommen: Hydrozelenpunktion (61.91)	17,40
61.91	N	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale HYDROZELENPUNKTION - Perkutane Punktion der Tunica Vaginalis	17,40
62.11	N	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO HODENBIOPSIE [PERKUTAN] [NADELBIOPSIE]	27,30
62.11.1	*HR - I	PRELIEVO SPERMATOZOI DA TESE (Prelievo bioptico di tessuto testicolare). Inclusa sedazione ENTNAHME DER SPERMIEN AUS TESE (biooptische Entnahme des Hodengewebes), die Sedierung inbegriffen	340,00
63.52	N	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi DETORSION DES SAMENSTRANGES UND DES HODENS - Manuell - Ausgenommen: jene in Verbindung mit Orchidopexie	14,90

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

25 UROLOGIA
 UROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
63.71	H - N	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI LIGATUR DER SAMENLEITER	87,80
63.99.1	H - A	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: procedure anesthesiologiche, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo SKLEROTISIERUNG BEI VARIKOZELE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	1.484,00
64.11	N	BIOPSIA DEL PENE BIOPSIE AM PENIS	19,80
64.19.1	N	BALANOSCOPIA BALANOSKOPIE	6,20
64.92.1	N	FRENULOTOMIA FRENULOTOMIE	18,60
64.93	N	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE LÖSUNG PRÄPUTIALER SYNECHIEN	19,80
88.74.5	N	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI ECHO(COLOR)DOPPLER DER NIEREN UND NEBENNIEREN	34,10
88.75.2	N	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE - Vescica e pelvi maschile o femminile. Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler ECHO (COLOR) DOPPLER DES UNTERBAUCHES - Beurteilung der männlichen oder weiblichen Harnblase und Becken. Geburtshilflicher oder gynäkologischer Us mit dopplerflussimetrischer Messung	50,10
88.79.8	N	ECOGRAFIA TRANSRETTALE TRANSREKTALER ULTRASCHALL	43,40

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**25 UROLOGIA
UROLOGIE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.21	I	CAVERNOSOMETRIA DINAMICA PHARMACODYNAMISCHE KAVERNOSOMETRIE	36,20
89.22	N	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria CYSTOMETROGRAPHIE - Cystomanometrie	55,80
89.23	N	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE ELEKTROMYOGRAPHIE DES BECKENBODENS	23,20
89.24	N	UROFLUSSOMETRIA HARNFLUßMESSUNG	11,60
89.25	N	PROFILO PRESSORIO URETRALE HARNRÖHRENDRUCKPROFIL	11,60
93.08.4	N	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25) EMG FÜR SPEZIELLE MUSKELN [Larynx-u. Perineal Muskeln] - Ausgenommen: EMG des Urethral sphinkters (89.23), EMG der Augenmuskeln (95.25)	13,40
93.10	I	STIMOLAZIONE VESCICALE IN VESCICA NEUROGENA - Per ciclo di 10 sedute BLASENSTIMULATION BEI NEUROGENER BLASE - Pro Zyklus von 10 Sitzungen	33,10
96.49	N	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica. Instillazione di chemioterapici intravesicali INSTILLATION IN DEN UROGENITALTRAKT - Applikation des Prostaglandinssuppositoriums. Intravesikale Instillation von Zytostatika	9,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

25 UROLOGIA
 UROLOGIE

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
98.19	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia ENTFERNUNG EINES INTRALUMINALEN FREMDKÖRPERS AUS DER HARNRÖHRE, OHNE INZISION - Inbegriffen: Urethroscopie	35,80
98.24	N	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE ENTFERNUNG EINES FREMDKÖRPERS AM SKROTUM UND PENIS, OHNE INZISION	7,80
99.28	I	PRIAPISMO: PUNTURA E LAVAGGIO DEI CORPI CAVERNOSI DEL PENE PRIAPISMUS: PUNKTION UND SPÜLUNG DER SCHWELLKÖRPER	19,60
99.29.3	N	INFILTRAZIONE PERINEALE DAMMINFILTRATION	6,50
99.29.4	N	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE INFILTRATION DES PENIS MIT MEDIKAMENTEN	6,50
99.29.5	N	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI INTRACAVERNÖSE INJEKTION VON MEDIKAMENTEN	7,80
99.29.8	N	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE INTRA- ODER PERIURETHRALE INJEKTION	7,80
99.94	N	MASSAGGIO PROSTATICO PROSTATAMASSAGE	5,80
99.95	N	STIRAMENTO DEL PREPUZIO DEHNUNG DES PRÄPUTIUMS	5,80

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
100.10	A	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab.A del D.M. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG) ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab. A M.D. vom 18.02.82 (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, Elektrokardiogramm)	25,80
100.11	A	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab.B del D.M. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo dei due gradini di Master) ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab.B M.D. vom 18.02.82 (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Stufen -Belastungstest nach Master)	51,70
100.12	A	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab.B del D.M. 18.02.82 CON TEST DA SFORZO CARDIOVASCOLARE CON CICLOERGOMETRO (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo con cicloergometro) ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab.B M.D. vom 18.02.82 MIT FAHRRADERGOMETERTEST (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Fahrradergometertest)	62,00
100.13	A	TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE CON CICLOERGOMETRO (O CON PEDANA MOBILE O CON CARDIOFREQUENZIMETRO) CON CURVA DEL LATTATO (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, prelievi capillari seriati del lattato, calcolo della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento) LEISTUNGSDIAGNOSTISCHER TEST MIT FAHRRADERGOMETRIE (ODER MIT LAUFBAND ODER MIT PULSUHR) MIT LAKTATLEISTUNGSKURVE (inbegriffen: Ruhe - EKG, Belastungs-EKG, Messung von Herzfrequenz und Blutdruck, kapilläre Blutabnahmen in Serie zur Bestimmung der Milchsäure, Berechnung der aeroben und anaeroben Schwelle, abschließende Beurteilung mit individuellen Trainingshinweisen)	83,70
100.14	A	TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE CON CICLOERGOMETRO (O CON PEDANA MOBILE O CON CARDIOFREQUENZIMETRO) CON MISURAZIONE DIRETTA DEL CONSUMO DI OSSIGENO (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, misurazione dei parametri ventilatori: VO2, VO2/Kg, VCO2, VE, quoziente respiratorio, calcolo del VO2 max, della max potenza aerobica ed anaerobica, della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento) LEISTUNGSDIAGNOSTISCHER TEST MIT FAHRRADERGOMETRIE (ODER MIT LAUFBAND ODER MIT PULSUHR) MIT DIREKTER MESSUNG DER ATEMGASE (inbegriffen: Ruhe - EKG, Belastungs-EKG, Messung von Herzfrequenz und Blutdruck, Messung der Atemgase: VO2, VO2/Kg, VCO2, VE, respiratorischer Quotient, Messung con VO2 max, maximaler aerober und anaerober Kapazität, Berechnung der aeroben und anaeroben Schwelle, abschließende Beurteilung mit individuellen Trainingshinweisen)	83,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
100.15	A	CHECK UP MEDICO SPORTIVO (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva) SPORTMEDIZINISCHES CHECK UP (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Fahrradergometrie, Abschlussbericht)	67,10
100.16	A	TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE CON CICLOERGOMETRO (O CON PEDANA MOBILE O CON CARDIOFREQUENZIMETRO) CON MISURAZIONE DIRETTA DEL CONSUMO DI OSSIGENO E CURVA DEL LATTATO LEISTUNGSDIAGNOSTISCHER TEST MIT FAHRRADERGOMETRIE (ODER MIT LAUFBAND ODER MIT PULSUHR) MIT DIREKTER MESSUNG DER ATEMGASE UND MIT LAKTATLEISTUNGSKURVE	103,30
100.17	I	JUMP - TEST (test da sforzo con determinazione di forza esplosiva, forza reattiva, elasticità muscolare, potenza e capacità lattacida e alattacida) JUMP - TEST (Beurteilung von Explosivkraft, Reaktionskraft, Muskelelastizität, laktazider und alaktazider Kraft und - Kapazität)	36,20
1100.1	I	VALUTAZIONE INFERMIERISTICA - Assessment infermieristico/valutazione infermieristica con definizione fabbisogni e interventi, educazione sanitaria KRANKENPFLEGERISCHE EINSCHÄTZUNG - PFLEGEASSESSMENT mit der Erhebung der Pflegebedürfnisse, -ziele und -interventionen, Gesundheitserziehung	12,90
1100.2	I	VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DOMICILIARE - Assessment infermieristico/valutazione infermieristica con definizione fabbisogni e interventi, educazione sanitaria KRANKENPFLEGERISCHE EINSCHÄTZUNG ZU HAUSE - Pflegeassessment mit der Erhebung der Pflegebedürfnisse, -ziele und -interventionen, Gesundheitserziehung	41,10
1100.3	I	ALTRO CLISMA TRANSANALE (irrigazione rettale) ANDERE TRANSANALE KLYSMEN (rektale Irrigation)	11,60
2010	I	Relazione di malattia e cura, richiesta dall'utente per scopi privati Krankenbericht, der vom Bürger für private Zwecke angefordert wird	0,00
2011	I	VISITA SPECIALISTICA PER PRIVATI PAGANTI FACHVISITE FÜR PRIVATE BEZÄHLER	0,00

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
2012	I	SERVIZIO DI DEPOSITO DI TESSUTO IN CRIOCONSERVAZIONE - Tariffa annua LAGERUNGSDIENST FÜR DAS KRYOKONSERVIERTE GEWEBE - Jahresgebühr	0,00
3183	I	Controlli domiciliari (effettuate da infermieri o ass. sociali-infermieri psichiatrici) Haus-Kontrollvisiten (von Krankenpflegepers. oder Sozialass. oder psychiatr. Krankenpflegep. ausgeführt)	1,20
75350	I	Assistenza specialistica pneumologia domiciliare Fachärztliche pneumologische Hausbetreuung	28,70
89.01	N	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima. Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS. Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia. Consulenza genetica. Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico. Visita di sorveglianza terapia anticoagulante ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. Gynäkologische Beratung: präkonzeptionell, onkologisch, bei Klimakterium, postchirurgisch, pränatal, NNB. Ostetrische Konsulenz bei Risikoschwangerschaft, bei Fertilitätsproblemen und endokrinologischen Problemen. Genetische Konsulenz. Klinische neuropsychologische Verhaltensprüfung: bei Sprachstörungen, bei Intelligenzabbau, Neglektuntersuchung, psychodiagnostische Untersuchung. Visite für Überwachung der Antikoagulantientherapie	11,90
89.03	N	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale. Visita medico nucleare pretrattamento. Visita radioterapica pretrattamento. Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KOMPLEX DEFINIERT - Behandlungsplan für Hämodialyse oder Peritonealdialyse. Visite durch den Nuklearmediziner vor der Behandlung. Visite durch den Radiologen vor Bestrahlungstherapie. Behandlungsplan bei onkologischer Chemotherapie	18,10
89.07	N	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe UMFASSENDE KONSULTATION - Multidisziplinäre geriatrische Valutation	41,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
89.08	I	MONITORAGGIO TERAPIA PAZIENTI ANTICOAGULATI (TAO) MONITORISIERUNG DER ANTIKOAGULIERTEN PATIENTEN	5,50
89.7	N	VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02) ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02)	18,10
900.10	I	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SOSTITUTIVO O ANTAGONISTA PER DIPENDENZA DA OPIACEI VERABREICHUNG VON SUBSTITUTIVER ODER ANTAGONISTISCHER PHARMAKOTHERAPIE BEI OPIATABHÄNGIGKEIT	8,50
900.20	I	TRAINING DI GRUPPO PER LA DISASSUEFAZIONE - Per intero ciclo, per singolo partecipante. Sedute di gruppo di 60 minuti - max 12 pazienti (ciclo di 10 sedute) GRUPPENTRAINING FÜR DIE ENTWÖHNUNG. FÜR DEN GANZEN ZYKLUS, FÜR EINZELTEILNEHMER. GRUPPENTHERAPIE VON 60 MINUTEN - MAX 12 PATIENTEN (ZYKLUS VON 10 SITZUNGEN)	90,00
900.50	I	ACCERTAMENTO SANITARIO DA PARTE DEL SER.D. DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA IN LAVORATORI ADDETTI A MANSIONI CHE COMPORTANO PARTICOLARI RISCHI PER LA SICUREZZA DI TERZI - Include: anamnesi, colloquio clinico, visita/e medica/e, prescrizione e valutazione esami di laboratorio, relazione conclusiva. Escluso: esami di laboratorio SANITÄRE UNTERSUCHUNG SEITENS DES DIENSTES FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN FÜR DIE FESTSTELLUNG DER ABWESENHEIT DER DROGENABHÄNGIGKEIT FÜR MITARBEITER, DIE AN IHREM ARBEITSPLATZ TÄTIGKEITEN AUSÜBEN, WELCHE SPEZIFISCHE RISIKEN FÜR DIE SICHERHEIT GEGENÜBER DRITTEN MIT SICH BRINGEN - Beinhaltet: Anamnese, klinisches Gespräch, ärztliche Visite/n, Verschreibung und Bewertung der Laboranalysen, Abschlussbericht. Ausgenommen: Laboranalysen	0,00
93.56.1	N	FASCIATURA SEMPLICE EINFACHER VERBAND	3,90
93.82.1	N	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DI PAZIENTI CON ALTRE PATOLOGIE NUTRIZIONALI - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute) ERZIEHUNGSTHERAPIE DER DIABETIKER UND PATIENTEN MIT WEITEREN ERNÄHRUNGSKRANKHEITEN - pro Einzelbehandlung (Zyklus von 10 Sitzungen)	4,40

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
93.82.2	N	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DI PAZIENTI CON ALTRE PATOLOGIE NUTRIZIONALI - PER SEDUTA COLLETTIVA (Ciclo di dieci sedute) ERZIEHUNGSTHERAPIE DER DIABETIKER UND PATIENTEN MIT WEITEREN ERNÄHRUNGSKRANKHEITEN - pro Gruppenbehandlung (Zyklus von 10 Sitzungen)	1,10
96.16	I	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASOGASTRICO LEGUNG EINER NASEN-MAGEN-SONDE	10,30
96.33	I	LAVANDA GASTRICA (GASTROLUSI) - Incluso: posizionamento sondino naso-gastrico (96.16) MAGENSPÜLUNG - Inbegriffen: Legung einer Nasen-Magen Nährsonde (99.16)	31,00
96.59	N	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura. Include: medicazione di catetere venoso centrale o di sonda enterale a lunga permanenza VERBANDSWECHSEL. Einschließlich: eventuelle Oberflächen- Lokalanästhesie und Reinigung und Entfernung der Wundnähte. Umfasst: den Verband von zentralvenösen Kathetern oder enteralen Ernährungs sonden bei langer Liegedauer	3,90
96.59.1	I	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Per seduta EINFACHER AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL bei oberflächlichen Läsionen und/oder Läsionen < 10 cm2. Einschließlich: Oberflächen- Lokalanästhesie und Reinigung der Wunde. Pro Behandlung.	11,00
96.59.2	I	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Per seduta KOMPLEXER AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL bei Läsionen in der Größe von 10-25cm2 und/oder einer Tiefe bis zur Dermis. Einschließlich: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Pro Sitzung.	19,50
96.59.3	I	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Per seduta KOMPLEXER AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL bei Läsionen in der Größe von 25-80cm2 und/oder Beteiligung der Muskelfaszie. Einschließlich: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Pro Sitzung.	32,10

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
96.59.4	I	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Per seduta KOMPLEXER AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL bei Läsionen in der Größe >80cm2 und/oder Beteiligung der Muskeln und tieferen Gewebsschichten. Einschließlich: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Pro Sitzung.	58,70
96.59.5	I	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Per seduta AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL BEI KOMPLIZIERTEN WUNDEN, phagedänische Wunden, schwere Infektionen mit Beteiligung tiefer Gewebsschichten. Einschließlich: Anästhesie mittels Lokalinfiltration, Reinigung, Antisepsis, Debridement und Verbandswchsel. Mit Photodokumentation. Pro Sitzung.	61,70
96.59.6	I	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 tendini. Incluso: anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavarie, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascolarizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Per seduta AUSGEDEHNTER VERBANDSWECHSEL BEI KOMPLIZIERTEN WUNDEN UNTER EINSATZ VON TECHNISCHEN INSTRUMENTEN. Bei Läsionen, die einen besonderen Aufwand in zeitlicher Hinsicht und/oder aufgrund einer Infektion der tiefen Gewebsschichten und/oder aufgrund exponierter Knochensegmente und/oder Sehnen. Einschließlich: lokoregionale Nerven- und Plexus- Analgesie, pharmakologische Sedierung, Reinigung, chirurgisches Debridement, Spezialverbände unter Einsatz von technischen Instrumenten, wie z. B. kavitätäre Verbände, Vakuumtherapie, ultraschall-assistierte Wundreinigung, Hautersatz, die Angiogenese und ...	125,20
96.6	* - I	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE MEDIANTE SONDA NUTRIZIONALE - Trattamento completo per giornata. Include il trattamento domiciliare KÜNSTLICHE ENTERALE ERNÄHRUNG DURCH ERNÄHRUNGSSONDE - Komplette Behandlung pro Tag. Umfasst auch die Behandlung zu Hause	31,00
97.99	I	TRATTAMENTO STOMATOTERAPEUTICO- Include: irrigazione o lavaggio stomia, medicazione o sostituzione sacchetto o cannula stomica STOMATHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG - Umfasst: Irrigation oder Spülung der Stomie, Verband oder Wechsel des Stomabeutels oder der Kanüle	23,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
 Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

26 ALTRE PRESTAZIONI
 WEITERE LEISTUNGEN

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.12	N	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA - Desensibilizzazione IMMUNISIERUNG GEGEN ALLERGIEN - Entsensibilisierung	11,60
99.13	N	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE IMMUNISIERUNG GEGEN AUTOIMMUNE KRANKHEITEN	11,60
99.14.1	N	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA ENDOVENÖSE INFUSION VON IMMUNOGLOBULINEN	11,60
99.15	* - I	NUTRIZIONE PARENTERALE - Nutrizione parenterale totale (TPN), nutrizione parenterale parziale. Trattamento completo per giornata. Include il trattamento domiciliare PARENTERALE ERNÄHRUNG - Komplette parenterale Ernährung, parenterale Zusatzernährung. Umfasst auch: komplette Behandlung pro Tag. Inbegriffen die Behandlung zu Hause	93,00
99.16	I	SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI - Somministrazione di vaccini, senza consulenza, escluso il costo dei vaccini - Le vaccinazioni somministrate secondo le indicazioni del calendario vaccinale provinciale e quelle oggetto di campagne vaccinali non sono a carico dell'utente. VERABREICHUNG VON IMPFUNGEN - Verabreichung von Impfungen, ohne Beratung, Kosten der Impfstoffe nicht inbegriffen - Die Impfungen, die laut Landesimpfkalender verabreicht werden, und jene, die Gegenstand von Impfkampagnen sind, gehen nicht zu Lasten des Nutzers.	5,20
99.21	I	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione principale INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Einschließlich: Subkutane, intramuskuläre Injektion. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Nur dann kodierbar, wenn als Hauptleistung erbracht.	3,10
99.22	I	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Per via endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione principale INJEKTION ODER INFUSION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Endovenöse Verabreichung. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Als Kodex verwenden nur bei Hauptleistung	10,30

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**26 ALTRE PRESTAZIONI
WEITERE LEISTUNGEN**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
99.23	N	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni INJEKTION VON STEROIDEN - Cortisoninjektion. Subcutanes Depot von Progesteron. Subcutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen	9,70

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

**50 SANZIONE PER ACCESO INGIUSTIFICATO AL PRONTO SOCCORSO
VERWALTUNGSSTRAFEN FÜR NICHT"GIUSTIFICATO " ERSTE HILFE**

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF
PS50	S	SANZIONE AMMINISTRATIVA PER PS "NON GIUSTIFICATO" VERWALTUNGSSTRAFEN FÜR NICHT"GIUSTIFICATO " ERSTE HILFE	50,00

**Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche
Ambulante Leistungen für die fachärztliche Betreuung und diesbezügliche Tarife, je nach Branchen**

60 OBI (Osservazione Breve intensiva)
OBI (Intensivbeobachtungseinheit)

Codice Prestazione	Note	Denominazione della prestazione	TARIFFA PROVINCIALE	
Kodex Leistung	Anmerk.	Beschreibung der Leistung	LANDESTARIF	
OBI60	S	OBI (Osservazione breve intensiva) OBI (Intensivbeobachtungseinheit)	250,00	