

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
02.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO. Non associabile a visita neurologica di controllo 89.01.C	€ 28,00
03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali	€ 67,50
03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	€ 134,00
03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	€ 134,00
03.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	€ 28,00
04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	€ 66,50
04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI.	€ 66,50
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.176,00
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	€ 1.935,50
04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	€ 1.935,50
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento	€ 67,50
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, infiltrazioni para vertebrali e punti trigger. Escluso: le anestesie per intervento	€ 20,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	€ 134,00
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	€ 100,50
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	€ 168,00
06.01	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA.	€ 80,00
06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA.	€ 56,50
06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	€ 56,50
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	€ 80,00
06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI.	€ 87,50
06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI.	€ 80,00
08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	€ 18,00
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA. Cantorrafia,Tarsorrafia	€ 18,00
08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA. Riapertura anchiloblefaron	€ 18,00
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA.	€ 18,00
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO.	€ 35,50
08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA. Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	€ 35,50
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	€ 35,50
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	€ 59,00
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	€ 44,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.372,00
08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE.	€ 53,50
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA.	€ 53,50
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME.	€ 88,50
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	€ 201,00
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	€ 53,50
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO. Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	€ 402,00
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.372,00
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.372,00
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA.	€ 44,50
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE.	€ 44,50
08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE.	€ 44,50
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE.	€ 88,50
08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	€ 29,50
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	€ 29,50
08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE.	€ 18,00
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	€ 44,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE.	€ 74,00
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE.	€ 53,50
09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE. [Test di Schimer, Break up time (BUT), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistografia, Rx del tessuto molle del dotto nasolacrimale	€ 53,50
09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	€ 74,00
09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	€ 18,00
09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI. Sondaggio meccanico delle vie lacrimali. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	€ 21,00
09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	€ 74,00
09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE.	€ 44,50
09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	€ 44,50
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE.	€ 44,50
09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI. Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	€ 44,50
09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI. Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	€ 335,50
09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	€ 74,00
09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	€ 268,50
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA.	€ 21,00
10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Escluso asportazione pinguecola e biopsia della congiuntiva (10.21)	€ 35,50
10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA. Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	€ 35,50
10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA. Rimozione di follicoli di tracoma	€ 35,50
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO.	€ 118,00
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA.	€ 59,00
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE.	€ 15,00
11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM.	€ 74,00
11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA.	€ 118,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM.	€ 74,00
11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA.	€ 29,50
11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA.	€ 37,00
11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI.	€ 375,50
11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA.	€ 44,50
11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO.	€ 21,00
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE. Con laser a eccimeri (PRK) o con laser ad olmio	€ 103,50
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI. Con laser a eccimeri (PTK)	€ 103,50
11.99.4	INTERVENTO SULLA CORNEA CON UTILIZZO TESSUTO PRE TAGLIATO (LENTICOLO FORNITO DA BANCA).INCLUDE ESAMI PRE-INTERVENTO E CONTROLLI POST-INTERVENTO. INTEGRAZIONE ALLA TARIFFA DI 2.050 EURO PER INTERVENTI SU PAZIENTI NON RESIDENTI IN VENETO	€ 2.756,00
11.99.5	IMPRINTING [CORNEO-CONGIUNTIVALE], [CROSS LINKING CORNEALE]. Incluso prima visita ed esami preoperatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi	€ 2.117,00
12.14	IRIDECTOMIA. Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	€ 118,00
12.35.1	IRIDOPLASTICA. INCLUDE ESAMI PRE-INTERVENTO E CONTROLLI POST-INTERVENTO	€ 1.844,00
12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS.	€ 147,50
12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: iridectomia chirurgica (12.14)	€ 118,00
12.64	TRABECULECTOMIA AB ESTERNO. INCLUDE ESAMI PRE-INTERVENTO E CONTROLLI POST-INTERVENTO	€ 2.756,00
12.72	CICLOCRIOTERAPIA.	€ 118,00
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE.	€ 118,00
12.79	ALTRI INTERVENTI PER GLAUCOMA. INCLUDE ESAMI PRE-INTERVENTO E CONTROLLI POST-INTERVENTO	€ 1.844,00
12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE. Paracentesi della camera anteriore	€ 35,50
13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	€ 1.470,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA. Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	€ 103,50
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico). Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	€ 1.470,00
13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria.	€ 1.470,00
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	€ 1.470,00
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	€ 1.000,00
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	€ 74,00
14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA.	€ 74,00
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	€ 74,00
14.35.1	FOTOCOAGULAZIONE CON LASER PER LACERAZIONE DI RETINA, VASCULOPATIE E MACULOPATIE - La prestazione sostituisce cod. 14.33 e 14.34	€ 74,00
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA.	€ 35,50
14.72	ALTRA RIMOZIONE DEL CORPO VITREO. INCLUDE ESAMI PRE-INTERVENTO E CONTROLLI POST-INTERVENTO	€ 2.756,00
14.73	VITRECTOMIA MECCANICA PER VIA ANTERIORE	€ 2.756,00
14.74	ALTRA VITRECTOMIA MECCANICA	€ 2.756,00
14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso eventuali esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visite di controllo. Escluso costo del farmaco. Prescrivibile un'unica iniezione per occhio e per ricetta.	€ 276,50
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA.	€ 59,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	€ 47,00
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	€ 15,00
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO.	€ 17,00
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12). Rimozione di Cerume (96.52)	€ 18,50
20.0	MIRINGOTOMIA.	€ 26,00
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA.	€ 70,50
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO.	€ 28,50
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE.	€ 12,00
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	€ 16,50
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE.	€ 16,50
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE).	€ 30,50
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. (Cura completa)	€ 21,50
21.22	BIOPSIA DEL NASO.	€ 28,50
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE.	€ 28,50
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	€ 28,50
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	€ 28,50
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	€ 28,50
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	€ 84,50
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	€ 84,50
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	€ 16,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	€ 24,00
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia	€ 44,00
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 27,50
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 51,00
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	€ 84,50
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	€ 46,50
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	€ 42,00
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 76,00
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 76,00
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 22,50
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 105,50
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	€ 171,00
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	€ 107,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	€ 41,00
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	€ 21,50
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	€ 15,50
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	€ 15,50
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 47,00
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 76,00
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 21,50
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	€ 46,50
23.72.3	PULPOTOMIA	€ 55,00
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	€ 64,00
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	€ 39,50
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	€ 124,50
24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	€ 124,50
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA.	€ 41,50
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO.	€ 41,50
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali per frattura, Otturazione dentaria provv. con cementi temporanei (tratt.infezioni acute, emorragie, dolore acuto,fratture)	€ 30,50
24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	€ 83,00
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)	€ 41,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	€ 33,50
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso alveoloplastica. Per emiarcata	€ 30,00
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI.	€ 73,50
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	€ 50,50
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	€ 162,50
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	€ 162,50
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO.	€ 35,50
24.80.2	RIMOZIONE FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI.	€ 20,00
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	€ 21,50
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA.	€ 25,50
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	€ 32,00
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	€ 24,00
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	€ 33,00
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE.	€ 34,50
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE.	€ 23,50
27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglossa (06.09)	€ 69,00
27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	€ 13,00
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO.	€ 18,50
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO.	€ 23,00
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	€ 41,50
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI O TESSUTO DEL PALATO OSSEO.	€ 82,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE. Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	€ 24,00
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO.	€ 82,00
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE.	€ 33,00
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO.	€ 31,50
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	€ 31,50
27.71	INCISIONE DELL' UGOLA.	€ 13,00
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA.	€ 74,50
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI DELL'UGOLA. Escluso riparazioni	€ 74,50
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE. Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	€ 24,00
28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE.	€ 25,50
29.12	BIOPSIA FARINGEA.	€ 25,50
29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS).	€ 74,50
31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA. Laringoscopia a fibre ottiche	€ 35,50
31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA. Incluso: Anestesia	€ 9,50
31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA.	€ 27,50
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	€ 32,00
31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO.	€ 17,00
31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE.	€ 29,50
31.93.1	SOSTITUZIONE PROTESI FONIATORIA. Escluso protesi	€ 45,00
31.94.1	INIEZIONE SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE FISTOLA TRACHEOESOFAGEA.	€ 173,00
33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche-autofluorescenza-Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	€ 107,50
33.24	BRONCOSCOPIA CON PRELIEVO BRONCHIALE. con: biopsia bronchiale brushing, washing BAL	€ 168,00
34.04.1	POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO PLEURICO.	€ 120,50
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile	€ 168,00
34.91	TORACENTESI.	€ 121,00
34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	€ 214,50
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA. Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapia antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	€ 80,50
38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA.	€ 77,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	€ 77,00
38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	€ 34,00
38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.693,50
38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 271,50
38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.000,00
38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE.	€ 33,50
38.94	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	€ 335,50
38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	€ 335,50
38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	€ 182,50
38.94.F	RIMOZIONE DI CVC.	€ 20,50
38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE. Singolo o doppio	€ 335,50
38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	€ 40,50
38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC.	€ 33,50
38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM.	€ 54,00
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	€ 1.764,00
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	€ 1.764,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	€ 1.764,00
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	€ 1.176,00
39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie.	€ 11,50
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso alcolizzazioni	€ 119,50
39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 209,50
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIO COMPATIBILI, AD ASSISTENZA LIMITATA Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Non associabile a cod. 89.7B.4, cod. 89.01.B. Per seduta (ciclo di tredici sedute)	€ 176,00
39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 142,50
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico), e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 223,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 279,00
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 343,50
39.95.8	EMOFILTRAZIONE Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico),sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 343,50
39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista.Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantatosostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico). Per seduta (Ciclo di tredici sedute)	€ 276,50
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA.	€ 23,00
40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	€ 54,50
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	€ 77,00
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	€ 136,00
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO.	€ 45,50
42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO. Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell'esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	€ 60,00
42.29.1	TEST DI BERNSTEIN.	€ 18,50
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE).	€ 106,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO. Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	€ 65,50
42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA. Mediante laser o Argon Plasma - Incluso EGDS cod. 45.13. Escluso biopsia dell'esofago in corso di EGDS cod. 42.24	€ 125,50
42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	€ 113,00
42.91	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	€ 128,00
42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO. Incluso: EGDS (cod. 45.13)	€ 135,50
43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 338,00
43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA.	€ 26,50
43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA. Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	€ 63,50
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.	€ 100,50
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso:	€ 66,50
44.14.1	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16) BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13	€ 139,50
44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO. Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	€ 114,00
44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	€ 18,50
44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a 45.13, 44.14.1	€ 132,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	€ 220,00
44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO.	€ 1.764,00
44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO.	€ 76,50
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 74,00
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE. Nei casi di sanguinamento occulto, sospetta m.di Crohn digiuno-ileale (con altre indagini non conclusive). Follow-up di sindromi poliposiche. Malattia celiaca refrattaria/sospetto linfoma. Dopo EGDS e PANCOLONSCOPIA negative	€ 1.000,00
45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA.	€ 107,00
45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA.	€ 176,50
45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	€ 78,50
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 92,50
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	€ 114,00
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA.	€ 134,00
45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 48,50
45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 147,50
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25	€ 61,50
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO.	€ 97,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA.	€ 54,50
45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO.	€ 36,50
45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON.	€ 217,50
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	€ 139,50
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	€ 126,00
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA. Mediante laser Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	€ 134,00
46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO. Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 220,00
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. - Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 32,50
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO.	€ 54,50
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE.	€ 76,00
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA. Non associabile a 48.23, 45.29.5, 48.24.1	€ 85,50
48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO. Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	€ 45,50
49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE.	€ 45,50
49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI.	€ 45,50
49.11	FISTULOTOMIA ANALE. Extrasfinterica	€ 45,50
49.21	ANOSCOPIA.	€ 29,50
49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI.	€ 31,00
49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO. Escissione di papilla anale ipertrofica	€ 54,50
49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO.	€ 54,50
49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI.	€ 22,00
49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI.	€ 54,50
49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI. Emorroidectomia NAS	€ 54,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia].	€ 54,50
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	€ 54,50
50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 100,50
50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 201,00
50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia con mezzo di contrasto.	€ 201,00
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto.	€ 201,00
51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	€ 114,00
51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI.	€ 188,00
52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA.	€ 139,50
52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] BILIOPANCREATICA.	€ 176,50
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.341,00
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO.	€ 27,50
54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 80,50
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 114,00
54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 132,00
54.91	PARACENTESI. - Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	€ 45,50
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 168,00
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	€ 136,00
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	€ 80,50
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD). Per seduta (Ciclo di trenta sedute)	€ 71,50
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD). Per seduta (Ciclo di trenta sedute)	€ 60,50
54.98.3	TEST DI EQUILIBRIO PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e C1Cr/BSA .	€ 75,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
54.98.4	EMODIAFILTRAZIONE - La prestazione sostituisce cod. 39.95.5 Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata con metodo AFB e PFD. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico) e funzione rene trapiantato. Per seduta (ciclo di tredici sedute)	€ 301,50
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	€ 80,50
55.93	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO.	€ 120,50
56.31	URETEROSCOPIA. Con strumento flessibile	€ 94,50
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	€ 35,50
57.32	URETROCISTOSCOPIA. Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a 59.8	€ 59,00
57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA.	€ 248,50
57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA.	€ 74,00
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	€ 74,00
57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA. Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	€ 230,50
57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso lavaggio vescicale	€ 12,00
58.22	URETOSCOPIA.	€ 35,50
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA.	€ 50,50
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	€ 50,50
58.47	MEATOPLASTICA URETRALE.	€ 114,00
58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA. Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	€ 50,50
58.60.1	DILATAZIONE URETRALE. Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	€ 44,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. (Per seduta)	€ 13,50
58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO.	€ 50,50
59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovesicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	€ 29,50
60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO. Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	€ 35,50
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	€ 63,00
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	€ 80,50
60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA. Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	€ 35,50
61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE. Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	€ 22,50
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	€ 22,50
62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 35,50
63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	€ 19,50
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI.	€ 114,00
63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	€ 1.529,00
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.252,50
64.11	BIOPSIA DEL PENE.	€ 26,00
64.19.1	BALANOSCOPIA.	€ 8,00
64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE.	€ 10,50
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	€ 39,00
64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE.	€ 24,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE.	€ 26,00
65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Prelievo ovociti).	€ 114,00
65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	€ 55,00
66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE. Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)	€ 28,50
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA.	€ 112,00
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a 70.21	€ 35,50
67.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CERVICE. mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	€ 48,50
67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO. Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	€ 48,50
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO.	€ 112,00
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1	€ 39,00
68.16.Z	BIOPSIA DELL' UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE . Sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, esame istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,50
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI A GUIDA ISTEROSCOPICA - La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	€ 60,50
68.29.3	MIOMECTOMIA PER VIA VAGINALE MEDIANTE TORSIONE. La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	€ 60,50
69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL' UTERO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, eventuale biopsia con es. istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	€ 1.111,50
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.).	€ 17,00
69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE. Intracervicale e intrauterina (IAO)	€ 130,50
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE.	€ 17,00
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI/FIV). Incluso coltura	€ 706,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 118,00
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Escluso per via laparoscopica	€ 235,50
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso per via laparoscopica	€ 235,50
70.11.1	IMENOTOMIA.	€ 32,50
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso vulvosopia Non associabile a 67.19.1	€ 14,00
70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI. Con eventuale puntura esplorativa	€ 26,00
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA. Non associabile a 70.21	€ 32,50
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. compresi condilomi vaginali	€ 39,00
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE CON O SENZA VULVOSCOPIA. Non associabile a 70.21	€ 26,00
71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO.	€ 32,50
71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 e 67.33	€ 26,00
71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	€ 39,00
75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI.	€ 114,00
75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE.	€ 100,50
75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA.	€ 80,50
75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE.	€ 114,00
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA.	€ 21,50
75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA. Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale, Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico	€ 40,50
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE. Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	€ 41,00
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	€ 152,50
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE. Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	€ 33,50
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	€ 37,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	€ 37,00
76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	€ 20,00
76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	€ 204,50
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO [PIEDE]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	€ 1.935,00
78.7	OSTEOCLASIA. Manuale o strumentale	€ 25,50
79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA.	€ 67,50
79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	€ 67,50
79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA. Braccio NAS	€ 67,50
79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Mano NAS	€ 67,50
79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	€ 54,00
79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Piede NAS	€ 67,50
79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA.	€ 67,50
79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA.	€ 47,00
79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA.	€ 47,00
79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO.	€ 47,00
79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO.	€ 47,00
79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.	€ 47,00
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.363,00
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Biopsia aspirativa ARTROSCOPIA CHIRURGICA. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 54,50
80.61	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 2.358,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.935,50
81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.935,50
81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	€ 36,50
81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	€ 41,50
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	€ 36,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.522,00
82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.522,00
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.725,50
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.725,50
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.334,00
83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	€ 25,50
83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	€ 36,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI. Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	€ 43,50
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo	€ 43,50
83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI.	€ 61,50
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE. Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	€ 43,50
83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI. Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco	€ 9,50
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.529,00
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.529,00
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.529,00
85.0	MASTOTOMIA. Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	€ 39,00
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 32,50
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	€ 48,50
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA.	€ 535,00
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEROTASSI.	€ 661,50
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT.	€ 474,00
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	€ 39,00
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	€ 39,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	€ 48,50
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma.	€ 10,50
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE.	€ 20,50
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	€ 12,00
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	€ 34,50
86.04	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 tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	€ 48,50
86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO. Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	€ 48,50
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	€ 18,50
86.19.1	ELASTOMETRIA.	€ 6,00
86.19.2	SEBOMETRIA.	€ 6,00
86.19.3	CORNEOMETRIA.	€ 7,50
86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL).	€ 9,50
86.22	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 al lembo o peduncolato (86.75).	€ 22,50
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE.	€ 33,50
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	€ 9,50
86.25	DERMOABRASIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	€ 22,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	€ 22,50
86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	€ 11,00
86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia. Per seduta	€ 17,00
86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO. (Per seduta)	€ 17,00
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. (Per seduta)	€ 17,00
86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER.	€ 26,50
86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA.	€ 26,50
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	€ 37,00
86.4A.9	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, biopsia, es. istologico, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	€ 1.117,50
86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO.	€ 37,00
86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO. Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	€ 11,00
86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO.	€ 15,00
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA.	€ 15,00
86.60	INNESTO CUTANEO, NAS. Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	€ 268,50
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	€ 335,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	€ 268,50
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo. Sezione di peduncolo di lembo.	€ 402,00
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO.	€ 402,00
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	€ 402,00
86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	€ 536,50
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo).	€ 335,50
86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO.	€ 29,50
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	€ 335,50
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	€ 1.703,00
86.86	ONICOPLASTICA. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	€ 1.058,50
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	€ 103,00
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)	€ 218,00
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.4)	€ 116,00
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.4)	€ 184,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 174,50
87.03.6	TC DELL'ORECCHIO SENZA E CON MDC. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 234,50
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 108,00
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC. [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 210,50
87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialo-Tc	€ 108,00
87.03.A	TC SELLA TURCICA. (studio selettivo)	€ 108,00
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	€ 221,50
87.03.C	TC ORBITE. (studio selettivo)	€ 108,00
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	€ 221,50
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	€ 69,00
87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	€ 134,00
87.04.1	RX LARINGE CON STRATIGRAFIA. Esame diretto e in fase dinamica	€ 40,50
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA.	€ 111,00
87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 40,00
87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	€ 71,50
87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	€ 71,50
87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 60,50
87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1	€ 20,00
87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	€ 86,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	€ 13,50
87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	€ 12,50
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	€ 27,50
87.11.4	STRATIGRAFIA DELLE ARCADE DENTARIE.	€ 31,50
87.12.1	TELERRADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	€ 13,50
87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.8B.6)	€ 8,50
87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Monolaterale (4 proiezioni). Incluso: esame diretto	€ 87,50
87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Bilaterale Incluso: esame diretto	€ 110,00
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	€ 35,00
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	€ 58,00
87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	€ 19,50
87.16.7	RX EMIMANDIBOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	€ 19,50
87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA. (2 proiezioni)	€ 20,00
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI. (2 proiezioni)	€ 22,50
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO - La prestazione sostituisce cod. 87.17.1. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento.	€ 33,50
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	€ 43,50
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	€ 43,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	€ 43,50
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA. (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	€ 94,00
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE.	€ 88,50
87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifasico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	€ 114,00
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	€ 45,50
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	€ 30,00
87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA.	€ 42,00
87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA. (Minimo 2 radiogrammi)	€ 70,50
87.41	TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	€ 147,50
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	€ 268,50
87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare	€ 64,00
87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE. Tomografia monolaterale polmonare	€ 45,00
87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO.	€ 52,00
87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	€ 43,50
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	€ 21,00
87.43.4	RX DELLO STERNO. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	€ 21,00
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	€ 21,00
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	€ 30,50
87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO. (4 proiezioni)	€ 41,00
87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA. (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche cod. 88.90.1	€ 19,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA. Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	€ 89,50
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso esame diretto	€ 58,00
87.59.1	COLECISTOGRAFIA. Incluso: esame diretto e prova di Bronner	€ 65,50
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	€ 91,50
87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	€ 65,50
87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO.	€ 49,00
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO MDC.	€ 61,50
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a 87.61, 87.62, 87.62.1, 87.62.2, 87.63, 87.64.1, 87.65.1, 87.65.2, 87.65.3	€ 77,50
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON MDC SINGOLO.	€ 59,00
87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE. La prestazione sostituisce cod. 87.64.	€ 39,00
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	€ 67,50
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC.	€ 119,00
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO MDC (con enteroclisi).	€ 183,00
87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO. Wirsungrafia	€ 77,50
87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	€ 82,50
87.69.3	DEFECOGRAFIA - La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	€ 82,50
87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRFIA A. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	€ 82,50
87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	€ 123,50
87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON MDC. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	€ 281,50
87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE. Tomografia regioni renali, nefropielotomografia. Incluso: esame diretto.	€ 43,50
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	€ 201,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 89,50
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 119,50
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 56,50
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE.	€ 86,00
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE.	€ 70,00
87.77	CISTOGRAFIA. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 63,00
87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 89,50
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	€ 43,50
87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	€ 57,00
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 141,00
87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2	€ 80,00
87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA. non associabile a 87.83.2	€ 58,00
87.89.1	COLPOGRAFIA. (4 radiogrammi)	€ 72,50
87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE.	€ 94,00
87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA.	€ 96,00
88.01.1	TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod. 88.01.2	€ 115,00
88.01.2	TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni.	€ 268,50
88.01.3	TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4	€ 115,00
88.01.4	TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 268,50
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	€ 149,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4	€ 335,50
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi) SENZA E CON MDC. Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a 88.01.1 e 88.01.2	€ 260,00
88.01.9	TC COLON, SENZA E CON MDC. 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	€ 268,50
88.02.1	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.	€ 268,50
88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME. (4 radiogrammi)	€ 70,50
88.03.2	FISTOLOGRAFIA.	€ 70,50
88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE.	€ 163,50
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO].	€ 43,50
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	€ 33,50
88.21.2	RX DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	€ 33,50
88.21.3	RX DEL BRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	€ 33,50
88.22.1	RX DEL GOMITO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	€ 33,50
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	€ 33,50
88.23.1	RX DEL POLSO. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	€ 33,50
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	€ 33,50
88.25	PELVIMETRIA.	€ 23,00
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	€ 33,50
88.26.2	RX DELL'ANCA. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	€ 33,50
88.27.1	RX DEL FEMORE. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	€ 33,50
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	€ 33,50
88.27.3	RX DELLA GAMBA. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	€ 33,50
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	€ 33,50
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	€ 33,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO.	€ 39,50
88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA. (3 proiezioni)	€ 34,50
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO. [Scheletro per patologia sistemica]	€ 335,50
88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE.	€ 29,50
88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO. (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	€ 107,00
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	€ 16,00
88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO.	€ 41,00
88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	€ 70,50
88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	€ 70,50
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE.	€ 112,50
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	€ 196,00
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno tre distretti anatomici	€ 603,00
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9	€ 147,50
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9.	€ 147,50
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	€ 147,50
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9	€ 268,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9	€ 268,50
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9	€ 268,50
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	€ 147,50
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	€ 147,50
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	€ 147,50
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	€ 268,50
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	€ 268,50
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	€ 268,50
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO. (2 proiezioni)	€ 20,50
88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE[articolazione coxo-femorale, femore].La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	€ 147,50
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	€ 147,50
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	€ 147,50
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	€ 268,50
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	€ 268,50
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	€ 268,50
88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a 88.41.2 e 88.41.3	€ 260,00
88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a88.41.1 e 88.41.3	€ 260,00
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	€ 260,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico e origine dei vasi epiaortici	€ 409,50
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 515,50
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE.	€ 260,00
88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a 88.47.1 e 88.47.2	€ 260,00
88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45.1	€ 260,00
88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45 e 88.47.1	€ 260,00
88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE E VASI VISCERALI. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.2	€ 260,00
88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.1	€ 260,00
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE.	€ 651,00
88.48.1	ANGIO TC DEGLI ARTI INFERIORI. Inclusa l'aorta addominale sottorenale. Non associabile a 88.47.1	€ 260,00
88.49.2	ANGIO TC DEGLI ARTI SUPERIORI.	€ 260,00
88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare	€ 342,50
88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA.	€ 127,50
88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE.	€ 333,50
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE.	€ 333,50
88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE.	€ 320,00
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE.	€ 320,00
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE.	€ 320,00
88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA. Bilaterale	€ 333,50
88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA.	€ 320,00
88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	€ 320,00
88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	€ 370,00
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	€ 41,00
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	€ 60,00
88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	€ 64,00
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	€ 37,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3	€ 67,50
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	€ 121,00
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	€ 134,00
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA. Ecocardiografia transesofagea	€ 100,50
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE.	€ 54,00
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2	€ 134,00
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	€ 46,50
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	€ 27,50
88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE.	€ 46,50
88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.	€ 40,00
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	€ 57,00
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI.	€ 44,50
88.73.Z	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime.	€ 57,00
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a cod. 88.75.1, 88.76.1	€ 94,00
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	€ 56,50
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	€ 56,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. La prestazione sostituisce cod. 88.74.3. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	€ 56,50
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	€ 56,50
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.4. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi.	€ 56,50
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	€ 80,50
88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	€ 65,50
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	€ 134,00
88.76.3	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	€ 42,00
88.76.4	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI SENZA E CON MDC. Escluso vasi viscerali.	€ 76,00
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	€ 42,00
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MDC.	€ 76,00
88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 32,50
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO.	€ 30,50
88.77.4	A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 57,00
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 57,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 57,00
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 57,00
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA.	€ 47,00
88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute	€ 30,00
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	€ 40,50
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza. Non associabile a 88.75.1	€ 152,00
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Per singolo distretto. Inclusa eventuale integrazione Colordoppler.	€ 40,50
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO.	€ 54,00
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Colordoppler.	€ 40,50
88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE.	€ 66,00
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE.	€ 40,50
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a cod. 88.79.E	€ 40,50
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	€ 56,50
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	€ 100,50
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso eventuale integrazione colordoppler	€ 40,50
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o diastasi muscolare. Incluso eventuale integrazione colordoppler	€ 42,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Sostituisce cod. 88.75.3. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a 88.79.5	€ 83,00
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a cod. 88.79.6	€ 42,50
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso eventuale integrazione colordoppler	€ 100,50
88.79.G	ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	€ 100,50
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color doppler.	€ 67,00
88.79.J	MDC ECOGRAFICO IN CORSO DI ESAME DI BASE. Codificare in caso di somministrazione di MDC Ecografico	€ 18,00
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 e 88.76.1	€ 65,50
88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Scheletro in toto e colonna	€ 33,00
88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	€ 33,00
88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI.	€ 33,00
88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI. Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	€ 19,50
88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE. Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	€ 38,50
88.90.4	RM DI RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC. La prestazione sotituisce cod. 88.90.2.	€ 26,50
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE.	€ 288,50
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC.	€ 428,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 255,00
88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 415,50
88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO.	€ 320,00
88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 208,00
88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO SENZA E CON MDC. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 375,50
88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO.	€ 320,00
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC.	€ 328,50
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC.	€ 328,50
88.91.Q	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. con tecnica a contrasto di fase	€ 320,00
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	€ 320,00
88.91.S	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE.	€ 375,50
88.92	RM DEL TORACE. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 268,50
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 415,50
88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO.	€ 320,00
88.92.3	CINE RM DEL CUORE.	€ 268,50
88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC.	€ 415,50
88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	€ 403,00
88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA. Mono e/o Bilaterale.	€ 208,00
88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC - Sostituisce 88.92.7.	€ 304,00
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC.	€ 375,50
88.92.B	ANGIO RM CORONARICA.	€ 302,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	€ 261,50
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	€ 261,50
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	€ 415,50
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	€ 415,50
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	€ 415,50
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	€ 415,50
88.93.V	RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	€ 261,50
88.93.Z	RM DEL RACHIDE DORSALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	€ 261,50
88.94.4	RM DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.94.1. Incluso parti moll, distretto vascolare.	€ 231,00
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso parti moll, distretto vascolare La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso parti moll, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	€ 231,00
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	€ 335,50
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE. La prestazione sostituisce cod. 88.94.3.	€ 320,00
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE. La prestazione sostituisce cod. 88.94.3.	€ 320,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	€ 375,50
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	€ 375,50
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 268,50
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.7	€ 415,50
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE.	€ 320,00
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8.	€ 268,50
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare	€ 415,50
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE.	€ 320,00
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC.	€ 375,50
88.95.8	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC.	€ 375,50
88.95.F	RM FETALE.	€ 320,00
88.96.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO. non associabile a 88.95.1, 88.95.4	€ 415,50
88.96.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC. non associabile a 88.95.2, 88.95.5	€ 643,50
88.97.3	RM SPETTROSCOPIA.	€ 320,00
88.97.7	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE.	€ 320,00
88.97.8	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE SENZA E CON MDC ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	€ 375,50
88.97.A	COLANGIO-WIRSUNG RM. Sostituisce 87.54.2	€ 235,00
88.97.B	COLANGIO-WUIRSUNGO RM. Con stimolo farmacologico	€ 352,00
88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a 88.95.1, 88.95.2, 88.95.4, 88.95.5	€ 352,00
88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO. Polso o caviglia	€ 22,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA TOTAL BODY.	€ 74,00
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA - TC MONODISTRETTUALE.	€ 100,00
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI.	€ 18,50
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA LOMBARE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	€ 41,00
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA FEMORALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	€ 41,00
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA ULTRADISTALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	€ 41,00
89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esistente e aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.	€ 50,00
89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE.	€ 50,00
89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato.	€ 50,00
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo.	€ 50,00
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale verifica all'adesione al trattamento farmacologico e consegna di farmaci chemioterapici orali. Escluso il costo dei farmaci	€ 50,00
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.H	VISITA ORL DI CONTROLLO. Incluso, in base allo specifico problema clinico eventuale: otomicroscopia.	€ 50,00
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.M	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico e/o ureterale	€ 50,00
89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.X	VISITA MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.01.Z	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.	€ 50,00
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA.	€ 4,00
89.02.V	CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Incluso: Cod. 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO, Cod. 90.75.4 TEMPO DI PROTROMBINA (PT.) Per singola seduta (Ciclo di 10 sedute). Non associabile a cod. 89.7, cod. 89.01 e codici visite di branca specificatamente codificati. Prescrivibile un unico ciclo per ricetta	€ 11,00
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	€ 57,00
89.11	TONOMETRIA. Non associabile a cod. 95.02	€ 18,50
89.12	RINOMANOMETRIA.	€ 18,50
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	€ 50,00
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 30,50
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO.	€ 45,50
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO.	€ 45,50
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE].	€ 60,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore. Non associabile a 89.14.3	€ 45,50
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE. Con mappaggio	€ 45,50
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI.	€ 30,50
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali). Incluso: EEG	€ 63,50
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	€ 45,50
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO- SENSORIALI. Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	€ 45,50
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	€ 72,50
89.15.6	POLIGRAFIA. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	€ 60,50
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA. Incluso: Elettromiografia di superfice per disordini del movimento. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	€ 60,50
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Per ricerca di soglia	€ 54,50
89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Da stimolo elettrico	€ 121,00
89.17	POLISONNOGRAFIA. Diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	€ 181,00
89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA.	€ 181,00
89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA.	€ 181,00
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	€ 36,50
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	€ 66,50
89.22	CISTOMETROGRAFIA. Cistomanometria	€ 72,50
89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE.	€ 30,50
89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA).	€ 15,50
89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE.	€ 15,50
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	€ 50,00
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, prelievo citologico	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Non associabile a 89.26.1 Sostituisce cod. 89.26.	€ 50,00
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al codice 89.26.2.	€ 50,00
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO	€ 13,50
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA.	€ 87,50
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore.	€ 121,00
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	€ 30,50
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE. [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica].	€ 48,50
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD).	€ 60,50
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	€ 48,50
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO. Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13.	€ 72,50
89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	€ 60,50
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE. Escluso: Spirometria	€ 30,50
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA.	€ 30,50
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO.	€ 30,50
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA.	€ 60,50
89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO.	€ 30,50
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	€ 90,50
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE.	€ 60,50
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI.	€ 30,50
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1.	€ 30,50
89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA.	€ 8,50
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA.	€ 24,50
89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA].	€ 12,50
89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA.	€ 10,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	€ 71,00
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	€ 72,50
89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS.	€ 24,50
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	€ 72,50
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.	€ 72,50
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO. ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	€ 108,50
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST].	€ 72,50
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER.	€ 30,50
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	€ 30,50
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)	€ 80,50
89.50.2	CONTROLLO IN REMOTO DI PAZIENTI PORTATORI DI PACEMAKER DEFIBRILLATORE E LOOP RECORDER (ciclo di 4 controlli. Massimo 4 controlli/anno)	€ 31,00
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA.	€ 15,50
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	€ 56,00
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 24,50
89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 36,50
89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	€ 24,50
89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	€ 24,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	€ 36,50
89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 27,00
89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	€ 24,50
89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	€ 24,50
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA. Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	€ 54,00
89.59.2	HEAD UP TILT TEST.	€ 62,50
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.	€ 54,00
89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	€ 60,50
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico.	€ 18,00
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell'iperossia	€ 24,50
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	€ 24,50
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE. Test dell' ipossia	€ 24,50
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2.	€ 24,50
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA.	€ 12,50
89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE.	€ 24,50
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	€ 24,50
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: LE PRIME VISITE SPECIFICAMENTE CODIFICATE. Nella Prima Visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, è predisposta appropriata documentazione e impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico.	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.	€ 50,00
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA.	€ 50,00
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	€ 50,00
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.	€ 50,00
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA.	€ 50,00
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE.	€ 50,00
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: cod. 89.39.1 Osservazione in epiluminescenza	€ 50,00
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.	€ 50,00
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA.	€ 50,00
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Incluso: Primo colloquio, Costruzione di un albero familiare, Anamnesi personale e familiare. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	€ 50,00
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE.	€ 50,00
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE. Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	€ 50,00
89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	€ 50,00
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.	€ 50,00
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	€ 50,00
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.	€ 50,00
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 50,00
89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso:stesura del piano di trattamento.	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	€ 50,00
89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.	€ 50,00
89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA.	€ 50,00
89.8B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 50,00
89.8B.2	PRIMA VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE	€ 50,00
89.8B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	€ 50,00
89.PS.1	VISITA SPECIALISTICA DI PRONTO SOCCORSO	€ 50,00
90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO. Diagnosi differenziale di sindrome di Cushing e nella valutazione di pazienti con insufficienza adrenocorticale del surrene.	€ 17,50
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P).	€ 11,50
90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]. Diagnosi di irsutismo ed ipopituitarismo.	€ 11,50
90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU].	€ 12,50
90.01.5	ACIDI BILIARI.	€ 10,00
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]. Diagnosi di carcinoidi intestinali	€ 17,00
90.02.2	ACIDO CITRICO.	€ 4,50
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA). Diagnosi delle porfirie o di intossicazioni da piombo	€ 10,50
90.02.4	ACIDO IPPURICO.	€ 6,50
90.02.5	ACIDO LATTICO.	€ 6,00
90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI).	€ 8,50
90.03.2	ACIDO PIRUVICO. Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	€ 4,50
90.03.3	ACIDO SIALICO.	€ 15,00
90.03.4	ACIDO VALPROICO.	€ 10,00
90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]. Diagnosi del feocromocitoma e delle neoplasie del surrene	€ 22,00
90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH).	€ 10,00
90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P].	€ 24,50
90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	€ 24,50
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA.	€ 5,50
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U].	€ 3,00
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU].	€ 3,00
90.05.2	ALDOLASI [S].	€ 3,00
90.05.3	ALDOSTERONE [S/U].	€ 15,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S].	€ 7,00
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb].	€ 13,50
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S].	€ 8,50
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U].	€ 11,50
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA.	€ 4,50
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U].	€ 3,00
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica).	€ 5,50
90.07.1	ALLUMINIO [S/U].	€ 10,00
90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sq/P].	€ 4,00
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO.	€ 14,00
90.07.4	AMITRIPTILINA.	€ 8,00
90.07.5	AMMONIO [P].	€ 10,00
90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE.	€ 13,50
90.08.2	ANGIOTENSINA II.	€ 15,00
90.08.3	ANTIBIOTICI. Aminoglicosidi, Vancomicina. Per ciascuna determinazione	€ 8,00
90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1.	€ 6,50
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B.	€ 6,50
90.09.1	APTOGLOBINA.	€ 5,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S].	€ 3,00
90.09.3	BARBITURICI.	€ 9,00
90.09.4	BENZODIAZEPINE.	€ 9,50
90.09.5	BENZOLO.	€ 10,00
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U].	€ 11,50
90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato).	€ 1,00
90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico).	€ 1,00
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE.	€ 3,00
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA (DIRETTA ED INDIRETTA).	€ 4,50
90.11.1	C PEPTIDE.	€ 12,50
90.11.2	C PEPTIDE: dosaggio basale e dopo 6' dalla somministrazione e.v. di glucagone.	€ 51,50
90.11.3	CADMIO.	€ 10,00
90.11.4	CALCIO TOTALE.	€ 1,50
90.11.5	CALCITONINA.	€ 15,50
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI. Cristallografia mediante spettrometria a raggi infrarossi.	€ 11,00
90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa).	€ 6,00
90.12.3	CARBAMAZEPINA.	€ 14,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE. Diagnosi feocromocitoma	€ 13,50
90.12.5	CERULOPLASMINA.	€ 6,50
90.12.A	CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO nelle feci. Diagnosi precoce di M.Crohn e Colite ulcerosa	€ 14,50
90.12.F	CATENE LEGGERE LIBERE NEL SANGUE KAPPA E LAMBDA [S] dosaggio (per ogni dosaggio). Diagnosi e/o trattamento: Mielomi, Amiloidosi, MGUS	€ 20,00
90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci].	€ 6,00
90.13.2	CICLOSPORINA.	€ 17,50
90.13.3	CLORURO [S/U/dU].	€ 1,50
90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina).	€ 9,00
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S].	€ 10,00
90.13.A	CISTATINA C. Dosaggio utile nello studio della funzionalità renale, in particolare nei soggetti pediatrici	€ 18,50
90.14.1	COLESTEROLO HDL.	€ 3,50
90.14.2	COLESTEROLO LDL.	€ 1,00
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE.	€ 1,50
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE).	€ 3,00
90.14.5	COPROPORFIRINE.	€ 7,00
90.15.1	CORPI CHETONICI.	€ 1,00
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P].	€ 22,00
90.15.3	CORTISOLO [S/U].	€ 14,00
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK).	€ 3,00
90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB).	€ 4,00
90.15.7	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB massa).	€ 8,00
90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI.	€ 3,00
90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME.	€ 13,50
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La].	€ 2,00
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Comprende Creatininemia e Creatinuria. Incluso eventuale indice di velocità di filtrazione glomerulare (VGF)	€ 2,00
90.16.5	CROMO.	€ 10,00
90.16.6	CROMOGRANINA A. Diagnosi di feocromocitoma e Ca Polmonare a piccole cellule.	€ 18,50
90.16.7	CROSS LINK PIRIDINOLINA.	€ 14,00
90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA.	€ 14,00
90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA).	€ 11,50
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S).	€ 16,50
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE.	€ 10,50
90.17.4	DESIPRAMINA.	€ 8,00
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT).	€ 24,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.17.6	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN (1° trimestre): HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A.	€ 25,00
90.17.9	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (1°, 2° trimestre): TEST INTEGRATO PER PAPP-A, AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. Nell'ambito di protocolli diagnostico-preventivi delle malformazioni fetali integrato ad altre indagini strumentali in ginecologia.	€ 62,50
90.17.A	DESOSSIPIRIDINOLINA.	€ 18,00
90.17.C	DOSAGGIO ALTRI FARMACI. per ciascun analita (metodo immunometrico)	€ 14,50
90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA.	€ 9,50
90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE).	€ 10,50
90.18.1	DOPAMINA [S/U].	€ 14,50
90.18.2	DOXEPINA.	€ 8,00
90.18.3	DROGHE D'ABUSO. per ciascun analita (metodo immunometrico)	€ 6,50
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE).	€ 20,00
90.18.5	ERITROPOIETINA.	€ 19,00
90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI.	€ 6,00
90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U].	€ 14,00
90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U].	€ 14,00
90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO.	€ 10,00
90.19.5	ESTRONE (E1).	€ 16,50
90.20.1	ETANOLO [S/U].	€ 6,50
90.20.2	ETOSUCCIMIDE.	€ 10,00
90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI. per ciascuna determinazione	€ 10,00
90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI. per ciascuna determinazione	€ 8,00
90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI. per ciascuna determinazione	€ 10,00
90.20.7	FARMACI DROGHE E TOSSICI DIVERSI (DOSAGGIO MEDIANTE HPLC E/O SPETTROMETRIA DI MASSA). Esclusi 90.18.3, 90.20.3, 90.20.4, 90.20.5, 90.21.1, 90.08.3	€ 24,00
90.21.1	FARMACI DIGITALICI. per ciascuna determinazione	€ 12,00
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP).	€ 10,00
90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti).	€ 5,50
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico).	€ 4,50
90.21.5	FENILALANINA.	€ 4,00
90.22.1	FENITOINA.	€ 11,50
90.22.2	FENOLO [U].	€ 4,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er].	€ 14,00
90.22.4	FERRO [dU].	€ 6,00
90.22.5	FERRO [S].	€ 3,00
90.23.1	FLUORO.	€ 7,00
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er].	€ 10,00
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U].	€ 14,00
90.23.4	FOSFATASI ACIDA.	€ 2,00
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA.	€ 3,00
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO.	€ 11,50
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU].	€ 2,00
90.24.4	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI).	€ 1,50
90.24.5	FOSFORO.	€ 1,50
90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S].	€ 3,50
90.25.2	FRUTTOSIO [Ls].	€ 4,50
90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico).	€ 7,50
90.25.4	GALATTOSIO [S/U].	€ 2,50
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U].	€ 3,00
90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT). Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	€ 11,50
90.25.7	GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG).	€ 12,50
90.26.1	GASTRINA [S].	€ 12,50
90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG).	€ 8,00
90.26.3	GLUCAGONE [S].	€ 9,00
90.26.4	GLUCOSIO Curva da carico 2 o 3 determinazioni. Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1	€ 3,00
90.26.5	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (4 o 5 o 6 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	€ 5,50
90.27.1	GLUCOSIO.	€ 2,00
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH).	€ 10,00
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U].	€ 14,00
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U].	€ 13,50
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera).	€ 15,50
90.27.6	IODURIA.	€ 3,50
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA.	€ 11,50
90.28.2	IDROSSIPROLINA [U].	€ 19,00
90.28.3	IMIPRAMINA.	€ 15,50
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U].	€ 10,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5).	€ 32,50
90.29.1	INSULINA [S].	€ 10,50
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F].	€ 3,00
90.29.4	LATTOSIO [U/Ls].	€ 3,00
90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S].	€ 3,00
90.30.1	LEVODOPA.	€ 8,00
90.30.2	LIPASI [S].	€ 3,50
90.30.3	LIPOPROTEINA (a).	€ 14,50
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	€ 4,50
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetilcolinesterasi). Per ciascuna determinazione.	€ 1,50
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia).	€ 12,50
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA.	€ 19,00
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS.	€ 1,50
90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] - Sostituisce cod. 90.31.4 - . ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica.	€ 4,50
90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA'. previa colorazione con eosina (Prestazione erogabile solo in caso di motilità < al 30%).La prestazione sostituisce cod.90.31.5	€ 8,50
90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO - La prestazione sostituisce cod.90.31.4 - . (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi) Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	€ 4,50
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	€ 3,00
90.32.2	LITIO [P].	€ 4,50
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U].	€ 14,00
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	€ 59,50
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/du/(Sg)Er].	€ 2,00
90.33.1	MANGANESE [S].	€ 7,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.33.2	MEPROBAMATO.	€ 8,00
90.33.3	MERCURIO.	€ 10,00
90.33.4	MICROALBUMINURIA.	€ 5,00
90.33.5	MIOGLOBINA [S/U].	€ 8,50
90.33.6	METANEFRINE URINARIE.	€ 8,50
90.33.7	MURAMIDASI (LISOZIMA).	€ 2,50
90.34.1	NEOPTERINA.	€ 12,00
90.34.2	NICHEL.	€ 11,00
90.34.3	NORTRIPTILINA.	€ 6,00
90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO. per ciascuna determinazione	€ 7,50
90.34.6	OMOCISTEINA.	€ 12,50
90.34.7	OSMOLALITA': (Determinazione diretta)	€ 4,00
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U].	€ 11,50
90.35.2	ORMONI. Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA, PEPTIDE C, GASTRINA, CALCITONINA, DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO [DEA-S]) Inclusa determinazione del livello basale. Per ciascuna serie.	€ 35,00
90.35.3	OSSALATI [U].	€ 9,50
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP).	€ 27,00
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S].	€ 22,50
90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S].	€ 7,00
90.36.3	PIOMBO [S/U].	€ 21,50
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er].	€ 8,50
90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP).	€ 7,00
90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP o NT-proBNP).	€ 15,50
90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa).	€ 14,50
90.37.2	PORFOBILINOGENO [U].	€ 6,50
90.37.3	POST COITAL TEST.	€ 3,00
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er].	€ 1,50
90.37.5	PRIMIDONE.	€ 10,00
90.37.6	PREALBUMINA.	€ 6,50
90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PRO-COLLAGENE.	€ 15,50
90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO.	€ 6,50
90.38.1	PROGESTERONE [S].	€ 14,00
90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S].	€ 14,00
90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5).	€ 30,00
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]. Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 8,50
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La].	€ 1,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.38.F	PEPSINOGENO A,C. Per singolo dosaggio. Indagine di II livello per la valutazione trattamento di inibitori di pompa	€ 5,50
90.38.G	ACIDO OMOVANILICO.	€ 12,00
90.38.H	TIMIDINA CHINASI.	€ 51,00
90.38.L	TRIPTASI.	€ 12,00
90.38.Z	PROCALCITONINA.	€ 17,50
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	€ 5,00
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA.	€ 8,50
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI.	€ 11,50
90.39.4	RAME [S/U].	€ 5,50
90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI.	€ 22,50
90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA.	€ 10,50
90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE.	€ 19,00
90.40.2	RENINA [P].	€ 27,50
90.40.3	SELENIO.	€ 7,50
90.40.4	SODIO [S/U/du]/(Sg)Er].	€ 1,50
90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO.	€ 5,00
90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE. La prestazione sostituisce cod.90.31.5.	€ 8,50
90.40.7	SOMATOMEDINA C [IGF-1].	€ 20,50
90.40.8	SOMATOSTATINA DOSAGGIO.	€ 20,50
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+).	€ 1,00
90.41.2	TEOFILLINA.	€ 12,00
90.41.3	TESTOSTERONE.	€ 14,00
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO.	€ 17,00
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg).	€ 17,00
90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE.	€ 18,00
90.41.7	TELOPEPTIDE N-TERMINALE.	€ 18,00
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH).	€ 14,00
90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4).	€ 25,00
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4).	€ 14,00
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante).	€ 4,50
90.42.5	TRANSFERRINA [S].	€ 5,50
90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO. (Per screening S. Down e altre anomalie)	€ 21,50
90.43.2	TRIGLICERIDI.	€ 3,50
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3).	€ 14,00
90.43.4	TRIPSINA [S/U].	€ 11,50
90.43.5	URATO [S/U/du].	€ 1,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO[TEST DI FARLEY] non associabile a cod 90.44.3. Indagine di II livello per la valutazione del danno glomerulo-tubulare.	€ 3,50
90.44.1	UREA [S/P/U/dU].	€ 2,00
90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS.	€ 4,50
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	€ 2,50
90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo).	€ 1,00
90.44.5	VITAMINA D.	€ 17,50
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione	€ 11,50
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione. Non associabile a 90.44.5	€ 11,50
90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento).	€ 6,50
90.45.4	ZINCO [S/U].	€ 7,00
90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er].	€ 9,00
90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA.	€ 8,00
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA.	€ 9,50
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC).	€ 5,00
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA.	€ 5,00
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B.	€ 4,50
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Nas	€ 13,50
90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO.	€ 12,50
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA. (IgG, IgA, IgM) per ciascuna determinazione	€ 13,50
90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	€ 13,50
90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	€ 13,50
90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	€ 13,50
90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	€ 13,50
90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola.	€ 13,50
90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	€ 13,50
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide).	€ 12,50
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO. per ciascun anticorpo	€ 8,00
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA).	€ 9,00
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	€ 12,50
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO.	€ 13,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico).	€ 2,00
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante).	€ 9,00
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione).	€ 20,50
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE.	€ 26,00
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto].	€ 10,00
90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII.	€ 12,50
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA). per ciascuna determinazione	€ 12,50
90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	€ 12,50
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD).	€ 12,00
90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE.	€ 16,00
90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI.	€ 13,50
90.49.Z	ANTICORPI ANTI-PEPTIDI DEAMIDATI DELLA GLIADINA (IgA, IgG). per ciascuna determinazione	€ 35,50
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo).	€ 38,00
90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità).	€ 38,00
90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente).	€ 22,50
90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti).	€ 20,00
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA).	€ 9,50
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA).	€ 13,00
90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI.	€ 44,50
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG.	€ 12,50
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO).	€ 12,50
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA).	€ 9,00
90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO).	€ 12,00
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA).	€ 10,50
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA).	€ 8,00
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore).	€ 8,00
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA).	€ 10,50
90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS.	€ 24,00
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO.	€ 8,00
90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE.	€ 45,50
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE.	€ 93,50
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE.	€ 27,00
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH.	€ 27,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3).	€ 12,00
90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA.	€ 13,50
90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	€ 13,50
90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA).	€ 10,00
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA) Per ciascuna determinazione.	€ 12,00
90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA).	€ 9,50
90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA).	€ 9,50
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE.	€ 8,00
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg).	€ 13,50
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI.	€ 7,50
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125).	€ 20,00
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3).	€ 19,50
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9).	€ 17,50
90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195).	€ 16,50
90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50).	€ 16,50
90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4).	€ 20,00
90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA).	€ 13,00
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA).	€ 13,50
90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA) O SPECIFICO TISSUTALE (TPS).	€ 20,00
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA). Totale o Frazione Libera	€ 11,50
90.56.8	ANTIGENE HER2/neu.	€ 12,50
90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC).	€ 23,50
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59.	€ 18,50
90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno).	€ 18,50
90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI.	€ 45,00
90.57.5	ANTITROMBINA III.	€ 3,00
90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA).	€ 20,00
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto].	€ 7,50
90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA.	€ 10,00
90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er].	€ 4,50
90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI.	€ 26,00
90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL.	€ 24,00
90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK.	€ 24,00
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK.	€ 21,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE. (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	€ 99,50
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore). quantitativo	€ 7,00
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno).	€ 7,50
90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO.	€ 383,00
90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO.	€ 3,00
90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE.	€ 35,00
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA.	€ 2,00
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna).	€ 12,50
90.61.3	CYFRA 21-1.	€ 22,50
90.61.4	D-DIMERO (EIA).	€ 9,00
90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice).	€ 8,00
90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA.	€ 1,50
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L..	€ 5,00
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA.	€ 13,00
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI.	€ 16,50
90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb].	€ 3,00
90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato).	€ 12,00
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene).	€ 7,50
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche	€ 22,50
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO. Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 4,00
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE.	€ 20,00
90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA.	€ 25,50
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE.	€ 5,50
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno).	€ 15,50
90.64.4	FENOTIPO Rh.	€ 11,50
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PRODOTTI DI DEGRADAZIONE (FDP/FSP).	€ 14,50
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE.	€ 3,00
90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA.	€ 10,00
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D).	€ 8,50
90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo.	€ 5,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO.	€ 115,00
90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La].	€ 2,00
90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2.	€ 10,50
90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio).	€ 4,50
90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.).	€ 15,50
90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE.	€ 15,00
90.67.2	Hb - SEPARAZIONE CROMATOGRAFICA DELLE CATENE GLOBINICHE.	€ 14,00
90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er].	€ 2,00
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO. (1 siero/30 cellule a antigenicità nota)	€ 92,50
90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb].	€ 8,00
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO. (Per pannello, fino a 12 allergeni) per ciascun allergene	€ 9,00
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO.	€ 13,50
90.68.3	IgE TOTALI.	€ 13,50
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	€ 16,50
90.68.5	IgG, IgG4 SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per ciascuna determinazione	€ 17,50
90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI.	€ 8,50
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE.	€ 31,50
90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE.	€ 17,50
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna).	€ 6,50
90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I).	€ 10,50
90.70.1	INTERFERONE.	€ 24,50
90.70.2	INTERLEUCHINA e altre CITOCHINE (Ciascuna).	€ 21,00
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test).	€ 6,00
90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)].	€ 5,00
90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)].	€ 1,50
90.71.1	METAEMOGLOBINA.	€ 3,00
90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test).	€ 8,00
90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)].	€ 1,50
90.71.4	PINK TEST.	€ 3,00
90.71.5	PLASMINOGENO.	€ 12,50
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P].	€ 10,00
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P].	€ 10,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa).	€ 5,50
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P].	€ 10,50
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P].	€ 10,50
90.72.6	PROTEINA S 100.	€ 17,50
90.72.F	ATTIVITA' PROTEASICA ADAMTS 13.	€ 95,00
90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2.	€ 5,00
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE.	€ 9,00
90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA.	€ 6,50
90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint).	€ 125,00
90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA.	€ 57,00
90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente).	€ 54,50
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE.	€ 3,50
90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel).	€ 4,50
90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva).	€ 9,00
90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)].	€ 6,00
90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA.	€ 4,00
90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA.	€ 2,00
90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA.	€ 2,00
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT).	€ 3,00
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT).	€ 3,00
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (APTT).	€ 3,00
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born.	€ 4,50
90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO.	€ 3,00
90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE.	€ 3,00
90.76.5	TEST DI HAM.	€ 5,50
90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetal).	€ 3,00
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA.	€ 10,00
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno).	€ 39,00
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI.	€ 39,00
90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp).	€ 505,50
90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina).	€ 4,00
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A.	€ 108,00
90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B.	€ 108,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C.	€ 108,00
90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	€ 165,00
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	€ 200,00
90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	€ 189,00
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE.	€ 116,00
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	€ 189,00
90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	€ 57,50
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE.	€ 226,00
90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE.	€ 330,00
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B).	€ 158,50
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP).	€ 168,00
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT).	€ 3,00
90.82.2	TROMBOSSANO B2.	€ 6,00
90.82.3	TROPONINA I, T.	€ 17,50
90.82.4	VALORE EMATOCRITO per monitoraggio del salasso.	€ 1,00
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES). Test riservato alla valutazione di patologie infiammatorie croniche o neoplastiche. Da non eseguire per finalità di screening in soggetti asintomatici.	€ 2,00
90.83.1	VISCOSITA' EMATICA.	€ 28,00
90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA.	€ 7,00
90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE.	€ 9,00
90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA NAS. Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione.	€ 63,50
90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	€ 36,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microorganismo	€ 52,00
90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici).	€ 13,00
90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 9,00
90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	€ 12,50
90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche).	€ 7,00
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.).	€ 7,00
90.84.6	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (MIC DIFFUSIONE, per singola striscia di antibiotico).	€ 12,00
90.84.7	BATTERI ANTICORPI NAS.	€ 12,00
90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici).	€ 7,00
90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici).	€ 13,00
90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (E.I.A.)	€ 6,50
90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Agglutinazione)	€ 1,50
90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Elettrosinresi)	€ 2,50
90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas.	€ 13,00
90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas.	€ 7,50
90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI. Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria	€ 4,50
90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	€ 2,50
90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni speciali	€ 3,00
90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Saggio di inibizione della crescita	€ 5,00
90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO. Saggio di inibizione della crescita	€ 7,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE. Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	€ 2,50
90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.).	€ 10,00
90.87.5	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.). Per ciascun anticorpo	€ 8,00
90.88.1	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (I.F.).	€ 13,50
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT].	€ 3,50
90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA.	€ 8,50
90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 7,00
90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE NAS.	€ 5,50
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.). Per ciascuna specie	€ 12,50
90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 5,50
90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa).	€ 4,00
90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.).	€ 4,00
90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE.	€ 27,00
90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	€ 8,50
90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.).	€ 15,00
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione).	€ 28,50
90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 12,50
90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE.	€ 12,50
90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	€ 6,50
90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	€ 4,00
90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.).	€ 5,50
90.91.4	ESCHERICHIA COLI O157:H7 NELLE FECI ESAME COLTURALE.	€ 2,50
90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 9,00
90.92.1	ESCHERICHIA COLI O157:H7 DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	€ 7,00
90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.).	€ 8,50
90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	€ 9,00
90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.).	€ 17,00
90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva).	€ 7,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.92.6	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	€ 43,50
90.92.7	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA RICERCA ANTICORPI TITOLAZIONE (I.F.).	€ 27,50
90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	€ 8,50
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA. Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)	€ 3,50
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	€ 7,50
90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Escluso: Neisseria gonorrhoeae	€ 7,00
90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici	€ 7,00
90.93.6	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E LIEVITI PATOGENI. La prestazione sostituisce cod. 90.94.2. Incluso: conta batterica e saggio di inibizione della crescita.	€ 12,50
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Per prelievo	€ 28,50
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	€ 10,00
90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.).	€ 12,00
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	€ 5,00
90.94.6	GIARDIA LAMBLIA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	€ 38,00
90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI (Metodi immunologici).	€ 24,00
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica).	€ 7,00
90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 7,00
90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 20,00
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	€ 8,50
90.95.5	LEGIONELLA ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici).	€ 15,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
90.95.6	LEGIONELLE ANTICORPI IgG o Ig Totali.	€ 27,50
90.95.7	LEGIONELLE ANTICORPI IgM.	€ 13,00
90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE.	€ 24,00
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 11,50
90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa).	€ 4,50
90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 15,00
90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 8,50
90.96.5	LEPTOSPIRA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione e lisi). Per ciascun antigene	€ 10,50
90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	€ 4,00
90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.).	€ 12,00
90.97.3	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (MIC IN BRODODILUIZIONE). Fino a 5 antimicotici	€ 11,50
90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 12,50
90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	€ 6,50
90.97.6	MALARIA. RICERCA DIRETTA IN IMMUNOFLUORESCENZA (Q.B.C.).	€ 27,00
90.97.8	MICETI ANTICORPI. La prestazione sostituisce cod. 90.98.1	€ 12,50
90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MORFOLOGICA (Osservazione macroscopica e microscopica).	€ 3,00
90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	€ 7,00
90.98.4	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	€ 3,50
90.98.5	MICETI [MICETI FILAMENTOSI] RICERCA MICROSCOPICA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	€ 3,00
91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici).	€ 11,50
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI.	€ 11,50
91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico).	€ 16,50
91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA/COLTURALE.	€ 9,00
91.01.6	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO - SOSTITUISCE PREST. 91.01.1. (Metodo radiometrico e non radiometrico, almeno 3 antibiotici)	€ 60,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	€ 40,00
91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE. Metodo radiometrico e non radiometrico	€ 17,00
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE IN TERRENO SOLIDO.	€ 9,50
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA. (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti)	€ 4,00
91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 12,00
91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 8,00
91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 9,00
91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	€ 7,00
91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	€ 8,50
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS.	€ 3,50
91.03.6	MICOPLASMI/UREAPLASMA RICERCA E IDENTIFICAZIONE.	€ 20,50
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI.	€ 3,50
91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 12,50
91.04.3	NEISSERIA MENINGITIDIS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	€ 7,00
91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa).	€ 4,00
91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS.	€ 4,00
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA.	€ 3,00
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa).	€ 5,00
91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Cultura xenica).	€ 8,50
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.).	€ 5,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa). Striscio sottile e goccia spessa	€ 4,00
91.05.6	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA DIRETTA ANTIGENI (Metodi immunologici).	€ 14,00
91.06.1	PLASMODI DELLA MALARIA ANTIGENI O ANTICORPI.	€ 8,50
91.06.2	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO. Esame microscopico dopo concentrazione o arricchimento	€ 4,50
91.06.3	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE RICERCA DIRETTA. (Metodi immunologici)	€ 8,00
91.06.4	PROTOZOI, ELMINTI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE NAS.	€ 8,50
91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 5,50
91.06.6	RICKETTSIE ANTICORPI IgG o Ig Totali. Per antigene. La prestazione sostituisce cod.91.06.5.	€ 10,50
91.06.7	RICKETTSIE ANTICORPI IgM. Per antigene. La prestazione sostituisce cod.91.06.5.	€ 7,00
91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX].	€ 9,00
91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 7,50
91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL] Antigeni O, Antigeni H.	€ 3,50
91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA DI GRUPPO.	€ 8,00
91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA (Antigeni Somatici e Flagellari).	€ 10,00
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	€ 4,50
91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT].	€ 7,50
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI.	€ 7,00
91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	€ 9,00
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE E/O RETTALE ESAME COLTURALE.	€ 4,00
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.].	€ 5,50
91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI. (Esame colturale o Baermann)	€ 11,00
91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI.	€ 11,00
91.08.9	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	€ 11,00
91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI.	€ 13,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI.	€ 13,00
91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B.	€ 6,50
91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE.	€ 6,50
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.).	€ 17,00
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.).	€ 12,00
91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON].	€ 4,00
91.09.6	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o Ig Totali.	€ 12,00
91.09.7	STRONGYLOIDES ANTICORPI (I.F.).	€ 34,00
91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 13,00
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.).	€ 7,50
91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS].	€ 9,00
91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	€ 4,00
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	€ 6,50
91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM - TEST DI NELSON-MEYER.	€ 11,50
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR].	€ 4,00
91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE.	€ 4,50
91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE.	€ 2,50
91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	€ 9,00
91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena).	€ 67,50
91.11.7	URINOCOLTURA SU TRE CAMPIONI - TEST DI STAMEY. Comprensiva di: ricerca Trichomonas. Clamidia, Micoplasma	€ 59,00
91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena).	€ 74,50
91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	€ 36,50
91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.).	€ 13,50
91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 7,00
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	€ 30,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.13.1	VIRUS ANTICORPI PER ANTIGENI VIRALI E NON VIRALI NAS.	€ 6,00
91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva). Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	€ 7,00
91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.). Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	€ 7,00
91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	€ 11,00
91.13.7	VIRUS O BATTERI ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA) - SOSTITUISCE PREST. 91.13.2.	€ 38,50
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI. IgG (E.I.A.)	€ 12,00
91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 6,00
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.).	€ 12,00
91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	€ 38,50
91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	€ 30,00
91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	€ 53,50
91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	€ 38,50
91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	€ 53,50
91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	€ 53,50
91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	€ 38,50
91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 7,00
91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	€ 13,50
91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	€ 5,50
91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.). Virus dell'apparato gastroenterico	€ 30,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione). Virus dell'apparato gastroenterico	€ 8,50
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI.	€ 12,00
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM.	€ 12,00
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	€ 67,50
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	€ 38,50
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg.	€ 12,00
91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM.	€ 12,00
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg.	€ 12,00
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg.	€ 12,00
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg.	€ 12,00
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg.	€ 12,00
91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma).	€ 15,00
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI.	€ 25,00
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA.	€ 67,00
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA.	€ 82,50
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	€ 12,00
91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	€ 74,00
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA.	€ 82,50
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI.	€ 13,00
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM.	€ 23,50
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	€ 19,50
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.).	€ 14,50
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.).	€ 13,50
91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido).	€ 8,50
91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN].	€ 9,50
91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 7,00
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI.	€ 12,00
91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	€ 67,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	€ 82,50
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI.	€ 12,00
91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	€ 74,00
91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	€ 91,00
91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.).	€ 23,50
91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.).	€ 27,50
91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.).	€ 74,50
91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	€ 67,50
91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	€ 30,00
91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale). Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	€ 53,50
91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.).	€ 8,50
91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.).	€ 8,50
91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 7,00
91.24.9	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) Analisi qualitativa DNA. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione).	€ 87,00
91.24.A	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	€ 47,50
91.24.B	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) tipizzazione genomica. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione previa digestione con enzimi di restrizione o mediante ibridazione inversa o altro metodo).	€ 106,50
91.24.C	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) TIPIZZAZIONE GENOMICA. Inclusa estrazione, amplificazione, sequenziamento: per segmento di acido nucleico).	€ 106,50
91.24.S	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV). Ricerca di DNA per tipi ad alto rischio nell'ambito dei programmi organizzati di screening cervicale	€ 12,00
91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 10,00
91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.).	€ 6,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 8,00
91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.).	€ 8,50
91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (E.I.A.).	€ 10,00
91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (I.F.).	€ 8,00
91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 5,50
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2.	€ 67,00
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG	€ 12,00
91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	€ 4,50
91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (E.I.A.).	€ 12,00
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.).	€ 8,50
91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.).	€ 8,00
91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	€ 8,00
91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	€ 7,00
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	€ 2,50
91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA. Con agente clastogenico "in vitro".	€ 138,00
91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI.	€ 131,50
91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI.	€ 127,50
91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO.	€ 119,50
91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI.	€ 131,50
91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot).	€ 134,50
91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO. Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	€ 68,50
91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	€ 60,50
91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	€ 127,50
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	€ 127,50
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA. Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 168,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR). Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	€ 135,50
91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO. (Blocchi di circa 400 bp)	€ 165,50
91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO. (Blocchi di circa 400 bp)	€ 165,50
91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	€ 122,00
91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.). 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	€ 98,50
91.30.C	ANALISI GENETICA DELLA FIBROSI CISTICA (Screening della Fibrosi Cistica). Include: cod. 91.36.5 Estrazione di DNA o di RNA e cod. 91.30.1 Analisi di Mutazioni del DNA (due pannelli di 10 mutazioni)	€ 384,00
91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	€ 119,00
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	€ 98,50
91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	€ 117,00
91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	€ 119,00
91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D.	€ 30,50
91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C.	€ 30,50
91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G.	€ 26,50
91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione.	€ 30,00
91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR.	€ 30,50
91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q.	€ 28,00
91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R.	€ 26,50
91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T.	€ 27,50
91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A.	€ 30,50
91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI.	€ 94,50
91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI.	€ 93,00
91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI.	€ 126,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS.	€ 152,50
91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA.	€ 130,50
91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA.	€ 101,50
91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI.	€ 85,00
91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO.	€ 126,00
91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE. BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	€ 98,50
91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine).	€ 87,50
91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI.	€ 127,00
91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA. Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	€ 62,50
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO.	€ 17,50
91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA.	€ 43,00
91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI.	€ 35,00
91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI.	€ 35,00
91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE.	€ 45,00
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale). Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	€ 48,50
91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE.	€ 86,50
91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sequenze genomiche in YAC	€ 299,50
91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	€ 197,50
91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	€ 159,50
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari painting	€ 197,50
91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE). Ricerca heteroduplex (HA)	€ 128,00
91.38.2	RICERCA DI MUTAZIONE DEL DNA mediante SSCP. P. Per segmento di DNA	€ 128,00
91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno).	€ 128,00
91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA.	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]. Include eventuale ricerca oncologica, flogistica ed ormonale	€ 12,00
91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS. Per ciascun campione	€ 36,00
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	€ 29,00
91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTO o DI LAVAGGIO.(Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	€ 29,00
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 15,00
91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo. In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	€ 29,00
91.39.7	ESAME CITOLOGICO DI SEDE NAS (Fino a 5 vetrini e/ocolorazioni).	€ 15,00
91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea.	€ 29,00
91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	€ 15,00
91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	€ 15,00
91.40.4	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE. Shave o Punch. Per ciascun campione	€ 15,00
91.40.5	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: da Biopsia escissionale. Per ciascun campione	€ 29,00
91.40.7	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: da Escissione di neoformazione. Per ciascuna neoformazione escissa	€ 29,00
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica -. Per ciascun campione	€ 42,00
91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare.	€ 15,00
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Biopsia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.41.3 e cod. 91.41.4. Per ciascun campione	€ 15,00
91.41.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Polypectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.42.1 e cod. 91.42.2. Per ciascun campione	€ 15,00
91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch.	€ 46,50
91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica.	€ 46,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.42.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Polipectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod. 91.42.5. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.42.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia bronchiale o transbronchiale o polmonare. La prestazione sostituisce cod. 91.43.1 e cod. 91.43.2. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.43.3	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia laringea. Per ciascun campione	€ 15,00
91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).	€ 49,50
91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica. Per ciascun campione	€ 49,50
91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Agobiopsia prostatica. Per ciascun campione	€ 49,50
91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari. Per ciascun campione	€ 15,00
91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale. (Con raschiamento del canale)	€ 49,50
91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina. Per ciascun campione	€ 15,00
91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA).	€ 15,00
91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene. Per ciascun campione	€ 15,00
91.45.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Biopsia testicolare. Per ciascun campione	€ 15,00
91.45.5	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vaginale. Per ciascun campione	€ 15,00
91.45.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vulvare. La prestazione sostituisce cod.91.46.1 e 91.46.2. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.45.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Agobiopsia renale. Per ciascun campione	€ 15,00
91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Biopsia endoscopica vescicale o uretrale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione	€ 15,00
91.45.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Resezione endoscopica di neoformazione vescicale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione.	€ 15,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple). Per ciascun campione	€ 49,50
91.46.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Polipectomia endocervicale o endometriale. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica. Per ciascun campione	€ 49,50
91.47.1	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA: da Nodulesctomia. Per ciascun campione	€ 29,00
91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale. Per ciascun campione	€ 49,50
91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple). Per ciascun campione	€ 84,50
91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale.	€ 84,50
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare. Per ciascun campione	€ 84,50
91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale e tipizzazione nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5. Erogabile unicamente per diagnosi differenziale di sospetta neoplasia melanocitaria, neoplasia metastatica ad origine ignota e di neoplasie indifferenziate ad incerta istogenesi, evidenziate con esame istologico e nella diagnosi di lesioni maligne che mimano lesioni benigne. Per ciascuna determinazione.	€ 16,50
91.47.A	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale di patologia tumorale nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5 Erogabile unicamente in caso di sospetto tumore primitivo emolinfoproliferativo evidenziato con esame istopatologico; erogabile in caso di sospetta Celiachia. Per ciascuna determinazione.	€ 17,50
91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea. Per ciascun campione	€ 49,50
91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico. Per ciascun campione	€ 29,00
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.).	€ 90,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO.	€ 3,00
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO.	€ 5,50
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE.	€ 3,00
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO.	€ 3,00
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO.	€ 3,00
91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	€ 15,00
91.49.F	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO A DOMICILIO. Include 91.49.2	€ 9,00
91.5R.2	DOSAGGIO ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS.	€ 168,00
91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI.	€ 168,00
91.5R.4	DOSAGGIO ACIDO OROTICO URINARIO.	€ 34,00
91.5R.8	CARNITINA LIBERA.	€ 24,00
91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA.	€ 24,00
91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS.	€ 24,00
91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI.	€ 76,50
91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA).	€ 168,00
91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA.	€ 120,00
91.5R.K	DOSAGGIO ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. (dosaggio singolo)	€ 87,00
91.5R.Q	DOSAGGIO ENZIMI LISOSOMIALI. (dosaggio singolo)	€ 155,00
91.5R.S	DOSAGGIO ENZIMI MITOCONDRIALI. (dosaggio singolo)	€ 155,00
91.5R.T	DOSAGGIO ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO (dosaggio singolo).	€ 76,50
91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI DOSAGGIO.	€ 142,00
91.6R.F	PROTEINA SIERO AMILOIDEA (SAA).	€ 12,00
91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE.	€ 8,00
91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] Per singolo allergene (fino a 25 allergeni).	€ 7,50
91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST].	€ 6,50
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 7 allergeni.	€ 15,50
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Per singolo allergene (Fino a 20 allergeni)	€ 2,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	€ 30,50
91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI. Per singola dose	€ 116,50
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA.	€ 58,50
92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE.	€ 60,00
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA.	€ 54,00
92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI.	€ 233,50
92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA. (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	€ 84,00
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	€ 168,00
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI.	€ 161,00
92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	€ 201,00
92.02.6	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) - SOSTITUISCE PREST. 92.02.5, 92.03.5 E 92.15.5. In corso di esame planare, incluso, con unica somministrazione di radiofarmaco	€ 89,50
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	€ 74,00
92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA (OSBOLETA REGIONALE). In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	€ 30,00
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	€ 166,50
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	€ 117,50
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE.	€ 83,00
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE.	€ 188,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO.	€ 121,00
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE.	€ 134,00
92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 80,00
92.04.6	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO.	€ 67,50
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.	€ 243,00
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	€ 87,50
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS). Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	€ 127,50
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	€ 168,00
92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA.	€ 117,00
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY.	€ 141,00
92.05.7	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) DURANTE STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	€ 147,50
92.05.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO DOPO STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all'equilibrio, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	€ 168,00
92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO.	€ 1.608,50
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO.	€ 201,00
92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	€ 54,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO.	€ 60,00
92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA).	€ 233,00
92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA.	€ 248,00
92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO.	€ 287,50
92.09.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA GSPET. A completamento di 92.09.2	€ 60,50
92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO.	€ 127,50
92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO.	€ 164,00
92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI.	€ 168,00
92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR.	€ 268,50
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET).	€ 310,00
92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio qualitativo	€ 1.219,50
92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio quantitativo	€ 1.809,50
92.11.8	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) QUANTITATIVA. Perfusoria e metabolica, a riposo o a riposo e dopo test da sforzo o farmacologico	€ 2.680,50
92.12.9	TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET). PET totale corporea, qualitativa o quantitativa, PET segmentaria, quantitativa	€ 1.340,50
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	€ 248,00
92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA.	€ 75,00
92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA.	€ 134,00
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE. (6 proiezioni)	€ 100,50
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA.	€ 295,00
92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusoriale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	€ 30,00
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO.	€ 220,00
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA.	€ 143,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI.	€ 325,00
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE.	€ 181,00
92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI.	€ 177,50
92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	€ 395,50
92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI.	€ 1.206,50
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET).	€ 1.390,50
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA POLIFASICA CON SCANSIONE TOTALE CORPOREA. Codificare in corso di esecuzione di 92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 40,00
92.18.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI.	€ 313,00
92.18.9	PET-CT. da codificare in aggiunta alle prestazioni 92.12.9 TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET) 92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) se le indagini sono eseguite con apparecchiatura PET-CT.	€ 183,50
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE.	€ 603,00
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE.	€ 570,00
92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI.	€ 67,50
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA).	€ 112,00
92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY. Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	€ 32,50
92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	€ 335,50
92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON TRACCIANTE IMMUNOLOGICO O RECETTORIALE.	€ 1.139,50
92.21.1	PLESIO-ROENTGENTERAPIA. Per seduta (ciclo di sei sedute).	€ 9,50
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 28,50
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 34,00
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 67,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 46,50
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 67,50
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (fino ad un massimo di 5 sedute)	€ 100,50
92.24.5	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 94,50
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 178,00
92.24.7	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PRIMA SEDUTA O RADIOCHIRURGIA PER SEDUTA. La prestazione sostituisce cod. 92.24.4	€ 1.025,50
92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA. La prestazione sostituisce cod. 92.24.4. (per seduta)	€ 176,50
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	€ 50,00
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Per Linfoma cutaneo a cellule T	€ 1.367,00
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI, BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE E BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI -. Per seduta e per focolaio trattato	€ 362,00
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 186,50
92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR). Per seduta e per focolaio trattato	€ 478,50
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Intero trattamento	€ 67,50
92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Fino a 370 MBq	€ 88,00
92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Per ogni 370 MBq successivi	€ 18,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA.	€ 234,00
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Fino a 185 MBq	€ 684,00
92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Per ogni 185 MBq successivi	€ 285,00
92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE.	€ 1.072,50
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia (intero trattamento)	€ 70,50
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con TC simulatore o TC In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)	€ 127,50
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	€ 168,00
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	€ 31,00
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.4)	€ 117,50
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO.	€ 14,50
92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA. (intero trattamento)	€ 62,00
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. (intero trattamento)	€ 132,00
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITA' PER FASCIO. (intero trattamento). Escluso: Schermatura personalizzata (92.29.7)	€ 113,00
92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con PET-TC (intero trattamento) individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	€ 508,50
92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. di " elevata complessità" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	€ 412,00
92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. in modalità "inverse planning" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	€ 676,50
92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D.	€ 59,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D.	€ 235,50
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER LA 1^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET-UP DEL PAZIENTE. (per ogni singola immagine)	€ 59,00
92.29.H	GATING RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	€ 96,50
92.29.K	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICOIDALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE). Per singola seduta (Ciclo di cinque sedute).	€ 1.176,00
92.29.L	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICOIDALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA. Per singola seduta (Ciclo di cinque sedute). Da codificare dopo la quinta seduta del cod.92.29.K Il trattamento include: visite radioterapiche di controllo, centratura con simulatore, o TAC dedicata, definizione dei volumi di trattamento, studio fisico-dosimetrico.	€ 453,00
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE. Con scala psico-comportamentale	€ 17,00
93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA. Con scala psico-comportamentale	€ 10,50
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE. Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (93.71.7)	€ 10,50
93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI. Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	€ 10,50
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE.	€ 10,50
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	€ 10,50
93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare generale	€ 15,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare segmentario	€ 10,50
93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	€ 25,50
93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	€ 14,50
93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE.	€ 17,50
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO. Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile al 93.05.5.	€ 10,50
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA. Eseguito con apposito strumentario.	€ 13,00
93.07.1	BIOIMPEDEZIOMETRIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO.	€ 18,50
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	€ 13,50
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA.	€ 13,50
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Analisi quantitativa. Con esame ad ago	€ 13,50
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25).	€ 17,50
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	€ 13,50
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	€ 13,50
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE. Incluso: EMG	€ 13,50
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA. Incluso: EMG	€ 13,50
93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	€ 147,50
93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	€ 134,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	€ 94,00
93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	€ 94,00
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	€ 13,50
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	€ 13,50
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO. Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	€ 7,50
93.12.1	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA SEMPLICE - La prestazione sostituisce cod. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3, 93.11.4. Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 13,50
93.12.2	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA COMPLESSA - La prestazione sostituisce cod. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 E 93.11.4. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 27,00
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	€ 18,50
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incurata di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	€ 12,00
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 15,00
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	€ 4,50
93.19.3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - La prestazione sostituisce cod. 93.19.1. Per seduta individuale di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 13,50
93.19.4	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - La prestazione sostituisce cod. 93.19.2. Per seduta collettiva di 20 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	€ 4,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO. Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 17,00
93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione.	€ 63,00
93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA.	€ 138,00
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI.	€ 10,50
93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	€ 9,50
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA. Radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,00
93.35.3	PARAFFINOTERAPIA. Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,00
93.35.5	CRIOTERAPIA STRUMENTALE. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 5,50
93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.	€ 25,00
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	€ 159,00
93.39.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Diadinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 5,00
93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 8,00
93.39.6	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso Viso	€ 7,00
93.39.7	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 5,50
93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,50
93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 4,50
93.40.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. La prestazione sostituisce cod. 93.39.2 Per seduta di (45 minuti ciascuno)(Ciclo di 10 sedute).	€ 27,00
93.40.3	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Interferenziale, galvanica Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 6,50
93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 7,00
93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. - Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	€ 15,00
93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO. Escluso: Minerva gessata (93.52)	€ 40,50
93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA.	€ 40,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	€ 40,50
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE. antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	€ 10,50
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO.	€ 18,00
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO. toraco brachiale, femoro-podalico	€ 33,00
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO. brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	€ 25,00
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO. antibrachio-metacarpale	€ 16,50
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO. femoro-tibiale	€ 29,50
93.54.7	APPARECCHIO GESSATO POLSO, MANO, PIEDE.	€ 15,50
93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER. Per dito della mano o del piede	€ 8,00
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	€ 5,00
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO FEMORO-PODALICO.	€ 33,00
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO.	€ 28,00
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	€ 10,50
93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA.	€ 18,00
93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ.	€ 28,00
93.56.7	ALTRO BENDAGGIO. Desault, So-Bar	€ 23,00
93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - La prestazione sostituisce cod. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fonarticolari funzionali e organici periferici (con test somministrati)	€ 49,00
93.71.8	Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dilessia, dislalia, balbuzie e funz. corticali sup. RIABILITAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE - La prestazione sostituisce cod. 93.71.1, 93.71.3 E 93.72.1 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonarticolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria, dist. cort. sup. paz. grav. di. Seduta di 60 min (ciclo di dieci sedute).	€ 33,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.71.9	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA COLLETTIVA - La prestazione sostituisce cod. 93.71.2, 93.71.4 E 93.72.2 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonarticolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria con/senza ausili, dis. cort. sup. Seduta di 60 min per 5 pazienti. Per paziente (ciclo di dieci sedute).	€ 11,00
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute.	€ 11,00
93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,00
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 6,00
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	€ 1,50
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 11,00
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,00
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	€ 11,50
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 11,00
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	€ 3,00
93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE. Per seduta	€ 8,00
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. (Ciclo di dieci sedute)	€ 2,00
93.95.1	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA - La prestazione sostituisce cod.93.95. Per seduta (durata trattamento ossigeno di 90 minuti). Ciclo di dieci sedute.	€ 117,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA - La prestazione sostituisce cod.93.95.	€ 469,50
93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE. Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	€ 11,00
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	€ 10,50
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA.	€ 13,00
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio.	€ 20,50
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	€ 8,00
94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	€ 8,00
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	€ 8,00
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	€ 8,00
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'.	€ 10,50
94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE.	€ 8,00
94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING.	€ 8,00
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO.	€ 25,50
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA.	€ 50,00
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE.	€ 25,50
94.32	IPNOTERAPIA. Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	€ 20,50
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE. Per seduta	€ 30,50
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	€ 13,00
95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	€ 17,50
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: Esame del visus, Refrazione con eventuale prescrizione di lenti, Tonometria, Biomicroscopia, Fundus oculi con o senza midriasi farmacologica.	€ 50,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE.	€ 75,50
95.03.3	TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (OCT).	€ 42,50
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	€ 22,00
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	€ 10,50
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO.	€ 10,50
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO.	€ 10,50
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI. Non associabile a cod. 95.02	€ 10,50
95.09.2	ESOFALMOMETRIA.	€ 10,50
95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA.	€ 10,50
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio	€ 5,00
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE.	€ 5,00
95.12.1	ANGIOGRAFIA CON FLUOROSCEINA O INDOCIANINA O FLUOROSCOPIA OCULARE. La prestazione sostituisce cod. 95.12.	€ 60,50
95.13	ECOGRAFIA OCULARE.	€ 25,50
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE.	€ 50,50
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE. Con conta cellule endoteliali	€ 40,50
95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO.	€ 20,50
95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE. Non associabile a cod. 95.02	€ 20,50
95.2	TEST DI HESS - LANCASTER.	€ 10,50
95.21.1	ELETTRORETINOGRAFIA - SOSTITUISCE PREST. 95.21.	€ 43,50
95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG).	€ 43,50
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	€ 30,50
95.23.1	INTERFEROMETRIA.	€ 10,50
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO. [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	€ 24,00
95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO.	€ 34,00
95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG).	€ 40,50
95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA.	€ 10,50
95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	€ 7,50
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	€ 13,00
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE.	€ 13,00
95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA.	€ 27,00
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE.	€ 16,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
95.42	IMPEDENZOMETRIA.	€ 11,50
95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA.	€ 50,00
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1).	€ 21,50
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni spontanei.	€ 21,50
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico.	€ 42,50
95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI.	€ 21,50
95.47	ESAME DELL' UDITO NAS.	€ 17,00
95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO. Audiometria tonale protesica Audiometria vocale protesica Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito.	€ 16,00
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO.	€ 13,00
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU.	€ 16,00
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO.	€ 31,00
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI.	€ 25,50
96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE.	€ 13,00
96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE.	€ 13,00
96.22	DILATAZIONE DELL'ANO-RETTO. (senza endoscopia)	€ 13,00
96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE.	€ 13,00
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE.	€ 15,50
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA.	€ 15,50
96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA.	€ 15,50
96.49	INSTILLAZIONE ENDOVESCICALE. Escluso farmaco. Non associabile a cod. 57.94	€ 13,00
96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO.	€ 5,00
96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO. Irrigazione con rimozione di cerume	€ 10,50
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	€ 14,50
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	€ 6,50
96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA.	€ 45,00
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	€ 20,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura.	€ 5,00
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di otto sedute)	€ 12,50
96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute)	€ 23,00
96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare-. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	€ 38,00
96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	€ 69,00
96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	€ 73,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita). Per seduta (ciclo di dieci sedute).	€ 147,50
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE O PER ESOFAGOSTOMIA.	€ 34,00
97.01	SOSTITUZIONE DI TUBO NASOGASTRICO O PER ESOFAGOSTOMIA.	€ 34,00
97.02.1	POSIZIONAMENTO PEG ENDOSCOPICO (BOTTONE).	€ 338,00
97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI.	€ 13,00
97.23	SOSTITUZIONE DI CANULA PER TRACHEOSTOMIA.	€ 75,00
97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.	€ 20,50
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	€ 14,50
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	€ 20,00
97.51.1	RIMOZIONE GASTROSTOMIA (PEG O BOTTONE).	€ 26,50
97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauterino o intradermico sottocutaneo di progestinico.	€ 13,00
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE.	€ 13,00
97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA.	€ 13,00
97.89.1	RIMOZIONE DI TRAZIONE.	€ 37,00
97.89.2	RIMOZIONE DI MEZZI DI SINTESI.	€ 87,00
98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	€ 41,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	€ 80,50
98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	€ 38,50
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE.	€ 11,00
98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE.	€ 11,00
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	€ 20,00
98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	€ 20,00
98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE.	€ 24,00
98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE. Incluso: Isteroscopia Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	€ 30,50
98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE.	€ 13,50
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE.	€ 13,50
98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE. Incluso: Uretroscopia	€ 46,50
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS.	€ 10,50
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE. Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione.	€ 10,50
98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE.	€ 10,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE.	€ 10,50
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta. Incluso: esami pre-intervento, visita anestesiológica, anestesia, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2.	€ 911,50
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1.	€ 659,50
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: esami pre-intervento, visita anestesiológica, anestesia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.	€ 659,50
98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica. Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 40,00
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, tendiniti degenerative della spalla con o senza calcificazioni. Per seduta. Fino ad un massimo di 4 sedute, non ripetibili entro un anno.	€ 71,00
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE.	€ 12,50
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI.	€ 27,50
99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA. Desensibilizzazione	€ 15,50
99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE.	€ 15,50
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA.	€ 15,50
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	€ 13,00
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI.	€ 15,50
99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO, ESAMI EMATOCHIMICI, FARMACO.	€ 412,00
99.25.2	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO E FARMACO.	€ 378,00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
99.29	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE. Escluso codici: 99.31, 99.59, 42.33, 49.42 e 39.92	€ 4,00
99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	€ 13,50
99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	€ 13,50
99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE.	€ 8,50
99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE.	€ 8,50
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione. Escluso il farmaco	€ 10,50
99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO.	€ 10,50
99.29.7	MESOTERAPIA.	€ 9,00
99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE.	€ 10,50
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	€ 113,00
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie, biopsie in corso di endoscopia, TAC e RM	€ 24,00
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE][FILTRAZIONE A CASCATA]	€ 465,00
99.71.1	PLASMAFERESI SELETTIVA [LDL AFERESI SELETTIVA] TERAPEUTICA. La prestazione è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote o eterozigote e di altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e plurifarmacologica.	€ 892,00
99.71.F	ALTRE AFERESI SELETTIVE [IMMUNOADSORBIMENTO SELETTIVO][GRANULOCITOFERESI][ADSORBIMENTO SELETTIVO]	€ 1.724,50
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA.	€ 427,00
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA.	€ 395,50
99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE.	€ 46,50
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA.	€ 432,50
99.75	AFERESI PER RACCOLTA CELLULE STAMINALI.	€ 496,00
99.76	SALASSO TERAPEUTICO.	€ 25,50

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

CODICE NTR/PADRE	DESCRIZIONE NTR	TARIFFA PAGANTI
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per seduta (ciclo di sei sedute). Limitatamente alle seguenti patologie: 1) malattie linfoproliferative della cute; 2) Psoriasi di grado moderato non responsiva a terapia topica; 3) Vitiligine; 4) Eczemi; 5) Prurigo; 6) Altre malattie infiammatorie cutanee responsive alla fototerapia; 7) Desensibilizzazione di alcune fotodermatosi. Prima dell'inizio della terapia è necessario effettuare il dosaggio degli ANA ed escludere la presenza di eventuali patologie fotomodulate e fotoaggravate.	€ 11,50
99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE. Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	€ 85,50
99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA.	€ 13,00
99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO.	€ 8,00
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	€ 20,50
99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	€ 19,00
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	€ 20,50
99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA A scansione più manipolo. La prestazione sostituisce cod. 99.99.1 Per seduta (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna).	€ 10,50
99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - La prestazione sostituisce cod. 99.99.1 Per seduta (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	€ 5,50