



REGIONE PIEMONTE GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 360

Adunanza 22 marzo 2010

L'anno duemiladieci il giorno 22 del mese di marzo alle ore 08:55 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Mercedes-BRESSO Presidente, Paolo PEVERARO Vicepresidente e degli Assessori Eleonora ARTESIO, Daniele Gaetano BORIOLI, Sergio CONTI, Nicola DE RUGGIERO, Teresa Angela MIGLIASSO, Luigi RICCA, Giacomino TARICCO, Andrea BAIRATI, Sergio DEORSOLA, Giuliana MANICA, Giovanni OLIVA, Giovanna PENTENERO, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti la Presidente BRESSO e gli Assessori: BAIRATI, DEORSOLA, MANICA, OLIVA, PENTENERO

(Omissis)

D.G.R. n. 61 - 13646

OGGETTO:

Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito e da patologia con eziologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

A relazione dell' Assessore ARTESIO:

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 prevede che per tradurre in concreti programmi operativi le linee generali del piano, siano sviluppate una serie di azioni e di piani settoriali che da una parte preservino i livelli di efficacia già presenti nell'organizzazione e dall'altra sviluppino esperienze positive per la crescita complessiva del sistema nell'ottica del miglioramento ulteriore e continuo.

Tale evoluzione deve avvenire nel rispetto dei principi che il Piano enuncia quali l'equità di accesso alle prestazioni, l'appropriatezza clinica, la continuità intesa quale coerente successione ed integrazione degli interventi, l'efficacia dell'intervento.

A tal fine riveste particolare significato la realizzazione di percorsi adeguati, standardizzati e monitorati nella loro efficacia ed adeguatezza alle differenti esigenze di salute.

L'intensità e la capacità di cura deve rispondere ai bisogni differenziati e spesso complessi dei cittadini, cercando di articolare le possibilità di risposta attraverso livelli di assistenza di differente complessità.

In questo contesto sono stati individuati percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti affetti da malattie reumatiche e definiti indirizzi organizzativo-gestionali relativamente a pazienti che necessitano di assistenza diabetologica.

Per quanto concerne il primo ambito si è ritenuto di intervenire in quanto le malattie reumatiche producono un grande impatto sanitario e sociale rilevando conseguentemente la necessità di definire linee organizzative di un intervento sanitario pubblico, rivolto alla prevenzione, alla diagnosi ed alla cura del paziente affetto da malattie reumatiche.

Una adeguata programmazione delle attività considerate non può prescindere dalla consapevolezza, epidemiologica e clinica, che le malattie reumatiche si caratterizzano essenzialmente per due aspetti:

- malattie meno frequenti, ma ad alto impatto diagnostico e di elevata competenza specialistica, che necessitano di ricerca scientifica o di complessi livelli organizzativo o di alta tecnologia, per consentire la sopravvivenza e/o la prevenzione di gravi invalidità;
- malattie molto frequenti, a minore impatto diagnostico, ma estremamente diffuse, che necessitano di una corretta gestione per minimizzare il rischio di salute, ottimizzare la qualità di vita e le risorse disponibili.

Un piano concreto di intervento nell'assistenza reumatologica si deve muovere secondo principi che, da una parte, mettano al centro dell'organizzazione sanitaria il malato reumatico e, dall'altra realizzino sia azioni di coordinamento ed integrazione tra i vari livelli di assistenza, che consentano una maggiore razionalizzazione delle risorse ed una maggiore omogeneità dei servizi erogati, sia azioni di interazione con l'associazione dei malati reumatici, portatrice delle istanze e delle aspettative dei pazienti, i medici del territorio e gli specialisti dei centri di riferimento reumatologici.

A tal fine, con uno specifico gruppo di lavoro regionale, composto da specialisti di area e medici di medicina generale, è stata effettuata l'analisi e la valutazione del fabbisogno di interventi nell'area dell'assistenza reumatologica e l'analisi dell'attuale struttura dell'offerta presente sul territorio. E' ancora in fase di sviluppo l'approfondimento necessario finalizzato all'individuazione di strategie per lo sviluppo di azioni di "prevenzione" che interessino l'aspetto più propriamente "educativo" per la diffusione di una cultura della salute relativamente ai comportamenti ed agli stili di vita, che esercitano un rilevante impatto sulle forme di patologia reumatica di più ampia diffusione.

I lavori tecnici effettuati sul tema "fabbisogno" rilevano la necessità che proprio in rapporto alle caratteristiche e incidenza della domanda (bisogni dei pazienti affetti da patologie reumatiche, incidenza delle varie patologie degenerative di interesse reumatologico e relativa numerosità di casistica) la presenza di attività reumatologica deve essere assicurata in tutte le ASR e perseguita un modello organizzativo integrato ospedale-territorio che preveda anche le modalità di interrelazione tra i vari soggetti che intervengono sulla gestione del paziente affetto da patologia di interesse reumatologico.

L'individuazione e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici in tale ambito specialistico costituiscono un primo strumento per una risposta appropriata alla problematica del paziente.

A tal fine con il gruppo tecnico regionale sono stati individuati percorsi diagnostico-terapeutici riferiti alle patologie di interesse reumatologico che riguardano la casistica più numerosa dei pazienti. I documenti relativi interessano le patologie di osteoartrosi, artrite reumatoide e spondiloartrite, vasculiti sistemiche primitive, Sindrome di Sjogren, Sclerosi sistemica progressiva e Lupus eritematoso sistemico. L'approvazione dei predetti percorsi diagnostico-terapeutici sarà oggetto di specifico provvedimento da parte della Direzione Sanità.

Al fine di un puntuale monitoraggio delle prestazioni durante il percorso diagnostico-terapeutico, si è reso necessario però procedere ad un aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali con l'inserimento nell'Allegato 1) e Allegato 4) alla D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i. della disciplina di reumatologia con le relative prestazioni.

Per quanto attiene all'area diabetologica, il processo di riorganizzazione assistenziale avviato con il progetto "Prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2" di cui al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2008 ed approvato con D.G.R. n. 39-415 del 4.7.2005, necessita di essere governato ed indirizzato, sotto i profili clinico-assistenziale e tecnico-

organizzativo, sulla base delle linee strategiche previste nel vigente P.S.S.R., che individuano, fra i principi portanti, la necessità di riorganizzare il sistema sanitario in modo tale che ogni soggetto erogatore si faccia carico di specifiche prestazioni in un'ottica di sistema, di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori.

Sulla base di tale principio, con D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008 si è proceduto all'Approvazione dell'Accordo Regionale dei M.M.G. per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2", che rappresenta la cornice organizzativa ed economica per l'attuazione del modello di gestione integrata delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura del diabete fra i servizi specialistici ospedalieri/ territoriali ed i medici di medicina generale.

Alla luce della riorganizzazione del modello di assistenza diabetologica in atto con i citati provvedimenti, la programmazione regionale è orientata attraverso le seguenti linee direttrici:

- analisi epidemiologica, promozione, indirizzo, orientamento, formazione, informatizzazione preordinati all'avvio e al consolidamento del modello di gestione integrata della patologia diabetica fra servizi specialistici e MMG;
- analisi organizzativa ed avvio del percorso diretto alla rivisitazione dell'attuale articolazione territoriale dei servizi specialistici diabetologici, in vista di una loro riorganizzazione nell'ambito di un sistema a rete, che ponga al centro il percorso di salute del cittadino.

Il percorso in atto è diretto alla ridefinizione :

- delle competenze e degli standard afferenti ai livelli specialistici territoriali e ospedalieri, sulla base di criteri di qualità e di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, a fronte degli effettivi fabbisogni;
- delle modalità di interconnessione fra i servizi di diabetologia e le altre aree specialistiche correlate per l'erogazione di risposte diagnostiche-terapeutiche complessive e coordinate, a garanzia della continuità del percorso assistenziale del paziente.

Nelle more del completamento del suddetto percorso complessivo, si ritiene necessario ed opportuno delineare una prima traccia, ancorché in via sperimentale, del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale di riferimento, come descritto nell'Allegato A) facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per rispondere, in modo omogeneo a livello regionale, al fabbisogno di tutte le persone affette da diabete mellito (o a rischio), che necessitano, nell'ambito della valutazione specialistica, di una serie di risposte coordinate ed articolate.

La Commissione Regionale di Diabetologia, nella seduta del 2 marzo 2010, ha espresso il proprio parere favorevole rispetto al percorso proposto nel suddetto Allegato A).

La sperimentazione di tale percorso riguardante il complesso dei pazienti diabetici, senza distinzione per la tipologia nosografica, contestualmente allo sviluppo e alla diffusione sul territorio regionale del modello assistenziale sulla gestione integrata del diabete tipo 2, mira alla riqualificazione dell'assistenza specialistica diabetologica erogata in Piemonte, attraverso un processo che da un lato è destinato a condurre ad una riorganizzazione delle attività/servizi esistenti e dall'altro a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali, con riduzione delle risposte ospedaliere improprie.

Al fine di un puntuale monitoraggio delle prestazioni durante il percorso diagnostico-terapeutico, si è reso necessario procedere ad un aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali con l'inserimento nell'Allegato 2) alla D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i. della disciplina di diabetologia con le relative prestazioni.

Ai fini dell'avvio del percorso descritto nell'Allegato A), ciascuna A.S.R., avvalendosi del rispettivo Comitato Diabetologico, provvede a formulare una pianificazione aziendale, integrata fra A.S.L. e A.S.O., secondo le modalità indicate nell'Allegato A) stesso.

In ultimo si rende necessario un ulteriore aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale relativamente alla branca di ostetricia e ginecologia e di nefrologia.

Nel primo caso l'applicazione della D.G.R. n. 38- 11960 del 4/082009 relativa all'adozione dell'Agenda di gravidanza ha fatto rilevare qualche incongruenza con le prestazioni presenti nella branca di ostetricia e ginecologia (cod. 37) e di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i. e pertanto occorre procedere alla revisione per rendere pienamente coerenti i due provvedimenti regionali. L'aggiornamento è quello indicato nell'Allegato B) al presente provvedimento.

Per quanto concerne la nefrologia, invece, l'aggiornamento presente nell'Allegato B) interessa le linee guida per l'erogazione di alcune prestazioni, considerata l'evoluzione delle procedure in tale ambito specialistico.

Condividendo le argomentazioni del Relatore e viste:

la legge 16 marzo 1987, n. 115,
la legge regionale 7 aprile 2000, n. 34,
la D.C.R. n.137-40212 del 24.10.2007, "Piano socio-sanitario regionale 2007-1010",
la D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.,
la D.G.R. n. 39-415 del 4.7.2005,
la D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008,
la D.D. N. 139 del 18.03.2008;

la Giunta Regionale, con voto unanime,

d e l i b e r a

- di approvare, per le motivazioni in premessa indicate, il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per i pazienti affetti da diabete mellito, come riportato nell'Allegato A) facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che:
 1. il percorso diabete mellito viene avviato in fase sperimentale nell'ambito di ciascuna A.S.R., previa pianificazione a livello aziendale dei volumi di attività/prestazioni, nonché delle strategie organizzative/operative, secondo le modalità indicate nel suddetto Allegato A);
 2. l'avvio e l'attuazione del percorso diabete mellito viene monitorato e analizzato a livello regionale anche in prospettiva, in caso di rilevazione di anomalie e/o criticità, di una sua eventuale rimodulazione;
- di demandare ad apposita determinazione dirigenziale la definizione degli indicatori per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito di percorso di cui al suddetto Allegato A);
- di approvare l'Allegato B) al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante, quale aggiornamento agli Allegati 1, 2 e 4 del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i..

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. N. 8/R/2002.

Segue testo deliberazione n. 61 - 13646

in data 22 marzo 2010

Pag. 5

(Omissis)

Il Vicepresidente
della Giunta Regionale
Paolo PEVERARO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 22 marzo 2010.

rs/ 

Allegato B) alla D.G.R. N. 61-13646 del 22.03.2010

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 1 AL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE
DI CUI ALLA D.G.R. N. 73-13176 DEL 26/07/2004 E S.M.I.

NEFROLOGIA						
29	0	<p>NOTE:</p> <p>1) Le prestazioni indicate con la lettera R sono prestazioni erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti dalla Regione Piemonte per l'erogazione di tali prestazioni.</p> <p>2) Le prestazioni eseguite a domicilio sono erogate sotto la responsabilita' e la direzione delle Divisioni e Servizi di Nefrologia previa autorizzazione della Regione Piemonte al trattamento dialitico domiciliare.</p> <p>3) E' indicato che le prestazioni codice 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9 non superino in ciascun centro il 40% del totale dei trattamenti riferiti al pool stabile totale dei pazienti con insufficienza renale cronica trattati.</p> <p>4) E' indicato che per le prestazioni di dialisi extracorporea e dialisi peritoneale sia garantita l'assistenza secondo Decreto Giunta Regione Piemonte n. 157-3107 del 13.11.95 con personale in toto non inferiore al 10%.</p> <p>5) E' indicato che i pazienti in dialisi extraospedaliere (compresa la dialisi extracorporea ambulatoriale con presenza del medico) siano assicurati fino al 50% del totale dei pazienti trattati.</p> <p>6) E' indicato che l'incremento dei pazienti in dialisi peritoneale sia assicurato fino almeno al 20% del totale dei pazienti trattati.</p> <p>7) Sono esclusi dalle tariffe di trattamento i rimborsi spese di viaggio dei pazienti in terapia dialitica.</p> <p>8) Sono incluse nella tariffa delle dialisi extracorporee le indagini di laboratorio pre, intra, post trattamento correlate al trattamento stesso. Sono escluse le indagini di laboratorio programmate periodiche di controllo. Le indagini di laboratorio (sodio, potassio, emogasanalisi, calcemia, cloremia, creatinemia, fosforemia, azotemia, esame urine, emocromo) effettuate al di fuori del trattamento dialitico sono codificabili secondo il nomenclatore delle prestazioni di laboratorio analisi chimico-cliniche.</p> <p>9) La prestazione codice 89.52 (elettrocardiogramma), eseguita in pre, intra e post trattamento dialitico extracorporeo, è compresa nella prestazione di dialisi</p> <p>10) La somministrazione di agenti stimolanti l'eritropoiesi deve essere valorizzata mediante registrazione sul tracciato file F.</p> <p>11) Sono escluse dalle tariffe le indagini strumentali ed ematochimiche eseguite a fini diagnostici per patologie non correlate all'insufficienza renale.</p> <p>12) Le tariffe riferite alla dialisi peritoneale eseguite a domicilio non sono comprensive delle indagini di laboratorio. Sono inclusi i farmaci utilizzati durante il trattamento domiciliare, esclusi gli agenti stimolanti l'eritropoiesi. vedi nota 10</p> <p>13) Per il periodo di addestramento al trattamento dialitico domiciliare: per emodialisi utilizzare la codifica 39.95.4 per un periodo max di mesi 3; per peritoneale utilizzare la codifica 54.98.4 per un max di 10 sedute.</p>				

TARIFFA EURO

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		297,00	273,25	252,45
29	H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		178,20	163,95	151,50
29	R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	148,50	136,65	126,25
29		39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		118,80	109,30	101,00

NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
				COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	190,10	174,90	161,60
H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	267,30	245,95	227,20
R *	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	237,60	218,60	202,00
R H *	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	297,00	273,25	252,45
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		297,00	273,25	252,45
H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	237,60	218,60	202,00
I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	172,25	158,50	146,45
I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	136,65	125,75	116,15
I R *	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20



 2

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20
29	R H	39.99.1	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE		20,10	18,50	17,10
29	R H	54.93	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE		120,30	110,70	102,25
29	R *	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	63,00	58,00	53,55
29	R H *	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	53,50	49,25	45,50
29	I R *	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	83,15	76,50	70,70
29	I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	178,20	163,95	151,50
29	I R	54.98.5	DIALISI PERITONEALE	prestazione da utilizzare in aggiunta in caso di utilizzo di soluzioni alternative al glucosio (1 al giorno)	6,00	6,00	6,00
29		88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		44,00	40,50	37,40
29	I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzionale sanitaria	38,40	35,35	32,65
29	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima.	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto già tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	20,00	20,00	20,00

3

NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
				COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale	Tale codifica deve essere utilizzata per: Stesura del piano per ogni trattamento ospedaliero, sia di emodialisi che di dialisi peritoneale e in fase di addestramento domiciliare; Stesura del piano, ogni settimana per la dialisi ad assistenza limitata; Stesura del piano, una volta al mese, per l'emodialisi domiciliare e la CAPD; Stesura del piano per ogni trattamento in assistenza limitata con presenza del medico.	40,00	40,00	40,00
*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	48,65	44,75	41,35
R H *	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita.	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	30,00	30,00	30,00
R H *	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	20,95	19,30	17,80
H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		20,95	19,30	17,80
H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		13,15	12,10	11,20
*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	13,15	12,10	11,20
	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		15,70	14,45	13,35
H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		516,50	475,20	439,05
HR	89.07	CONSULTO DEFINITO COMPLESSO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi - Inserimento paziente in lista trapianto per max 5 volte (una al mese) - Mantenimento in lista trapianto (1 volta all'anno).	53,50	49,25	45,50