

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

REUMATOLOGIA

BRANCA	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
71		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30	30	30
71		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima		20	20	20
71	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Valutazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in Paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	40	40	40
71		81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		27,90	25,70	23,75
71		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA-CAPILLAROSCOPIA		84,80	78,05	72,10
71		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		13,40	12,35	11,40
71	I *	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA DI FARMACI BIOTECNOLOGICI		11,20	10,30	9,55

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

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

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	TARIFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		125,60	115,55	106,80
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) – Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli).	400,00	368,00	340,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		60,30	55,50	51,25
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		31,05	28,60	26,40
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		35,45	32,65	30,15
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		39,00	35,90	33,15
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		53,20	48,95	45,25
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		53,20	48,95	45,25
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		31,05	28,60	26,40

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	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		42,55	39,15	36,20
37		68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia - per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione		66,50	61,20	56,55
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		18,50	17,05	15,75
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	110,80	101,95	94,20
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		18,50	17,05	15,75
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	25,00	23,00	21,25
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	600,00	552,00	510,00
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00

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	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo bioptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi.	200,00	184,00	170,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		35,45	32,65	30,15
37		70.21	COLPOSCOPIA		15,40	14,20	13,10
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		28,40	26,15	24,15
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		35,45	32,65	30,15
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		42,55	39,15	36,20
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		28,40	26,15	24,15
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		35,45	32,65	30,15
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		28,40	26,15	24,15
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		42,55	39,15	36,20
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		125,60	115,55	106,80
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		110,80	101,95	94,20
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		88,65	81,55	75,35
37	H	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE -		125,60	115,55	106,80
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		23,50	21,65	20,00

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	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		44,35	40,80	37,70
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		134,80	124,05	114,60
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		19,80	18,25	16,85
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		34,10	31,40	29,00
37	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		31,00	28,52	27,35
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		25,30	23,30	21,50
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		34,10	31,40	29,00
37	I *	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	34,10	31,40	29,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico- ginecologica/andrologica, Esame pelvico		30,00	30,00	30,00
37	I*	89.01.1	BILANCIO DI SALUTE - Valutazione periodica in gravidanza	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione.	20,00	18,40	17,00
37	I *	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pedia	15,00	13,80	12,75
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo		140,95	129,70	119,80
37	I *	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione AIMI.	140,95	129,70	119,80
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE		11,20	10,30	9,55
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		11,20	10,30	9,55
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -		11,20	10,30	9,55

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	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		27,05	24,90	23,00
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		11,60	10,70	9,90
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60

**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
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	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

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 *	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
29	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
29	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
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		297,00	273,25	252,45
29	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
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI 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
29	I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI 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
29	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
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

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	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 direzione 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
29	*	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
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	48,65	44,75	41,35
29	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

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	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
29	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
29	H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		13,15	12,10	11,20
29	*	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
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		15,70	14,45	13,35
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		516,50	475,20	439,05
29	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

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 2 AL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE
DI CUI ALLA D.G.R N. 73-13176 DEL 26/07/2004 E S.M.I.**

DIABETOLOGIA

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
85	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	40
85	I *	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA, DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO .	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.	40
85	*	89.07	CONSULTO, INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata presso il Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso PDTA-DIABETE MELLITO.	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA- DIABETE MELLITO.	53,50
85		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima		20
85		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30
85	I *	94.42.2	Formazione per l'autogestione e/o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al care giver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente	11,20

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4 AL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE
DI CUI ALLA D.G.R N. 73-13176 DEL 26/07/2004 E S.M.I.**

REUMATOLOGIA

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
71		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		18,60
71		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima		11,65
71	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Valutazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in Paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	20,70
71		81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		27,90
71		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA-CAPILLAROSCOPIA		59,30
71		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		11,65
71	I *	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA DI FARMACI BIOTECNOLOGICI		9,75

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4 AL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE
DI CUI ALLA D.G.R N. 73-13176 DEL 26/07/2004 E S.M.I.**

OSTETRICIA E GINECOLOGIA					
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
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		87,80
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) – Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli).	340,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		42,15
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		21,70
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		24,80
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		27,30
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		37,20
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		37,20
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		27,70
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		29,75

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
37		68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia - per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione		46,50
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		12,95
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	77,50
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		12,95
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	21,25
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	510,00
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	85,00
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	170,00

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
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi.	170,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	85,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	170,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		24,80
37		70.21	COLPOSCOPIA		10,75
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		19,85
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		24,80
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		29,75
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		19,85
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		24,80
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		19,85
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		29,75
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		87,80
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		77,50
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		62,00
37	H	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		87,80
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		16,45
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		31,00
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		41,35

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
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		50,10
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		31,00
37	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		27,35
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		23,00
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		31,00
37	I*	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	34,10
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico		18,60
37	I*	89.01.1	BILANCIO DI SALUTE - Valutazione periodica in gravidanza	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione.	17,00
37	I*	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pedia	15,00
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo		122,60
37	I*	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione AIMI.	140,95
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -		9,75
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		9,75
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -		9,75
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		23,50
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		10,10
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		7,75

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4 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>			

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
29	H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		258,25
29	H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		154,95
29	R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	129,15
29		39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		103,30

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
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	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.	165,30
29	H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	232,45
29	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	206,60
29	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	258,25
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		258,25
29	H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	206,60
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI 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	149,80
29	I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI 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.	118,80
29	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	232,45

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
29	I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	232,45
29	R H	39.99.1	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE		17,50
29	R H	54.93	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE		104,60
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.	54,75
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.	46,50
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	72,30
29	I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	154,95
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
29		88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		34,10
29	I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	28,45
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.	11,65

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
29	*	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.	20,70
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	41,35
29	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	18,60
29	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.	15,50
29	H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		15,50
29	H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		9,75
29	*	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.	9,75
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		11,65
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		439,00
29	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).	46,50