

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DPCM

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

recante

“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”

Relazione illustrativa

Introduzione

L'articolo 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, ha previsto, “nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale (d'ora in avanti “Commissione”).

La Commissione nella prima composizione è stata istituita con Decreto ministeriale 16 giugno 2016 e, a seguito dell'avvicendamento nell'incarico di alcuni componenti, ha modificato la propria composizione (con decreti del Ministro pro tempore, 17 ottobre 2016 e 10 febbraio 2017).

Dall'insediamento della Commissione non ha più operato la Sezione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza istituita presso il Comitato tecnico sanitario. La sezione del Comitato per la definizione e l'aggiornamento dei LEA aveva assorbito le funzioni esercitate dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 4 bis, comma 10, del decreto legge 63/2002. Il Regolamento sul riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute (D.P.R. 44/2013) ha previsto, tra gli altri, la costituzione del Comitato Tecnico Sanitario, al quale sono state trasferite le funzioni esercitate da gran parte degli organismi già operanti presso il Ministero della salute.

La Commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute è composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria e da quindici esperti qualificati (e altrettanti supplenti), di cui quattro designati dal Ministro, uno dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), uno da AGENAS, uno da AIFA, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

La Commissione, ai sensi dell'articolo 2 del decreto ministeriale istitutivo, ha operato per tre anni a decorrere dalla data di insediamento, dunque fino al mese di ottobre 2019, effettuando una proposta di aggiornamento al Sig. Ministro pro tempore, complessiva delle tematiche esaminate nel triennio di riferimento.

La mancata definizione del decreto interministeriale delle tariffe massime delle prestazioni, da adottarsi di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 64 commi 2 e 3 del dPCM 12 gennaio 2017, ha sospeso la definizione dell'iter di aggiornamento delle richieste istruite.

In particolare, in attesa dell'emanazione del c.d. decreto tariffe, i lavori della prima Commissione hanno sostanzialmente riguardato proposte attinenti alla modifica degli elenchi delle prestazioni erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale ovvero l'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la cui approvazione non comportasse ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, dunque ai sensi dell'articolo 1, comma 559 della legge 208/2015.

I primi obiettivi perseguiti sono stati quelli di correggere refusi contenuti nel dPCM 2017, eliminare prestazioni obsolete, inserire modifiche nelle definizioni e migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica, con l'inserimento, ad esempio, di precisazioni circa la non associabilità di prestazioni tra loro, la specificazione del loro contenuto (per esempio, incluso farmaco, incluso esame di base), la soppressione o l'inserimento di parentesi, virgole, punti. Si tratta di modifiche utili ad una maggiore razionalizzazione prescrittiva che si ritiene si traduca anche in una riduzione degli oneri per il SSN; a titolo esemplificativo si citano ulteriori esempi quali l'eliminazione della nota H per alcune prestazioni per le quali l'evoluzione delle tecnologie non richiede più l'obbligo di eseguire la prestazione in un ambulatorio collocato in ambito ospedaliero o funzionalmente collegato all'ospedale, oppure l'introduzione della nota medesima in relazione alla necessità di garantire sicurezza al paziente. Peraltro, l'entrata in vigore del decreto ministeriale 25 novembre 2024 ha determinato la necessità, al fine di adeguare i sistemi informativi regionali, i Cup, gli applicativi dei MMG e PLS, di effettuare gli opportuni correttivi.

L'ultima Commissione in carica è stata costituita con decreto ministeriale del 5 maggio 2020, si è insediata il 28 luglio 2020 e ha concluso il proprio mandato nel luglio del 2023. Nel corso del triennio è stata integrata nella sua composizione a causa dell'avvicendamento negli incarichi di alcuni componenti. I decreti ministeriali sono pubblicati nell'apposita sezione del portale del Ministero della Salute. La Commissione attualmente in carica al suo terzo mandato, costituita con decreto ministeriale 18 marzo 2024 si è insediata il 18 luglio 2024. I decreti ministeriali sono pubblicati nell'apposita sezione del portale del Ministero della Salute.

Anche la detta Commissione ha proseguito la linea di collaborazione con il Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'Istituto Superiore di Sanità (CNEC-ISS) mediante specifico accordo per l'acquisizione di pareri tecnico-scientifici su alcune delle richieste di aggiornamento pervenute e, per espletare al meglio le sue funzioni, si è articolata in Sottocommissioni.

In alcuni casi, data la complessità dei temi affrontati, le Sottocommissioni hanno chiesto di avere il supporto tecnico da parte di esperti esterni e/o di conoscere l'esperienza delle Regioni su alcuni selezionati temi. Sono state, pertanto, convocate specifiche audizioni, autorizzate dal Signor Ministro.

A decorrere dal giugno 2019 è stato, inoltre, attivato sul portale del Ministero della Salute il sistema per le richieste di aggiornamento dei LEA, con il quale si è inteso fornire un percorso strutturato e trasparente agli stakeholder, pubblici e privati, sulle modalità di attivazione del percorso di revisione dei livelli essenziali di assistenza, collegando tutti gli attori coinvolti: Commissione aggiornamento LEA, Cabina di Regia HTA, AGENAS, AIFA, ISS, attraverso un percorso di back office volto a garantire la valorizzazione delle rispettive competenze.

I proponenti che hanno effettuato richiesta di aggiornamento sono stati anche cittadini e associazioni di pazienti, oltre alle società scientifiche ed istituzioni sanitarie, aziende produttrici e loro associazioni.

La Commissione ha esaminato le richieste di inclusione nei LEA di nuove prestazioni e/o servizi; la modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi nei LEA (per esempio: estensione dell'indicazione di una prestazione/servizio; introduzione o modifica di condizioni di erogabilità; trasferimento di prestazioni da un setting assistenziale a un altro, ecc.); l'esclusione di prestazioni e/o servizi inclusi nei LEA; le nuove esenzioni per patologia o modifica delle prestazioni erogabili in esenzione.

Con l'articolo 1, comma 288, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, è stato previsto uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per all'aggiornamento delle prestazioni LEA. Tale somma è a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

La Commissione, ha dunque proceduto anche ad aggiornamenti comportanti oneri a carico delle finanze pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 554 della legge 208/2015, come riportato di seguito.

In entrambi i procedimenti di aggiornamento sopra descritti, comportanti o meno oneri, l'elemento fondamentale è legato alla formulazione di una proposta articolata e motivata, basata su elementi oggettivi, supportata dalla raccolta delle evidenze disponibili per rendere maggiormente strutturato il processo. La Commissione ha operato in modo rigoroso e allo stesso tempo prudentiale, valutando le evidenze scientifiche a supporto degli eventuali aggiornamenti. Il concetto di essenzialità, infatti, presuppone quello di efficacia, in quanto non avrebbe senso qualificare come essenziale una prestazione di non certificata efficacia. Ciò ha comportato che una percentuale considerevole di richieste di aggiornamento non siano state approvate già in sede di pre istruttoria dalle Sottocommissioni, con successiva validazione e approvazione in seduta plenaria, essendo valutate con esito negativo o non pertinenti, appunto in quanto non rientranti nei criteri dettati dal decreto legislativo 124/98, per l'aggiornamento dei LEA.

La presente Relazione illustra le proposte di aggiornamento effettuate ai sensi dell'articolo 1, comma 554 della legge 208/2015, che comportano incremento di oneri a carico della finanza pubblica.

Considerato che il lavoro svolto da entrambe le Commissioni LEA, è stato eseguito apportando modifiche al dPCM 12 gennaio 2017 che riguardano molti degli allegati al medesimo decreto, oltre che all'articolato e consistono in aggiornamenti effettuati tenuto conto di una visione sistematica dei livelli essenziali di assistenza, le proposte sono dettagliate nella seguente tabella sinottica.

In particolare, occorre evidenziare che alcuni aggiornamenti con oneri a carico della finanza pubblica contenuti nella proposta di aggiornamento ex articolo 1, comma 554 della legge 208/2015, potrebbero avere rilevanza anche in riferimento alla necessità di aggiornamento integrato ex articolo 1 comma 559, del decreto ministeriale, per una compiuta riforma dei livelli essenziali di assistenza.

Struttura dPCM 12 gennaio 2017	Struttura DM di aggiornamento (senza oneri)	Struttura dPCM di aggiornamento (con oneri)
Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Allegato A Prevenzione collettiva e sanità pubblica <ul style="list-style-type: none"> • inserimento dello screening neonatale dell'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) 	Allegato A Prevenzione collettiva e sanità pubblica <ul style="list-style-type: none"> • inserimento del programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio • inserimento dello screening neonatale esteso: <ul style="list-style-type: none"> • Immunodeficienze combinate gravi (SCID); • Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID); • Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi; • Mucopolisaccaridosi tipo 1(MPS I); • Screening neonatale Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); • Malattia di Fabry; • Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi. • Malattie di Pompe (Glicogenosi tipo 2)

Allegato 2 Ausili monouso	Allegato M Ausili monouso <ul style="list-style-type: none"> • correzione dei refusi foglio M1 • modifiche di denominazione foglio M2 • modifiche di descrizione foglio M3 • inserimento note foglio M4 	Nessun aggiornamento
Allegato 3 Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4 Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	Allegato B Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di prestazioni foglio B1 • modifiche descrizione di prestazioni foglio B2 • modifica di codici prestazioni foglio B3 • eliminazione/inserimento note H e note R foglio B4 • prestazioni eliminate foglio B5 • modifica della riconduzione alle branche foglio B6 • inserimento codice di patologia di cui all'allegato 4 GEN COLONNA E foglio B7 • aggiornamenti composizione pacchetti di Radioterapia foglio B8 • legenda 	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuove prestazioni foglio B • modifiche descrizione di prestazioni foglio B1 • modifica dell'allegato 4 GEN COLONNA "E" foglio B2
Allegato 4A Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4B Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4C Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4D Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità-indicazioni appropriatezza prescrittiva	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B9 • modifica/inserimento di indicazioni di appropriatezza foglio B10 	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B3 • modifica di condizioni di

		erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B4
<p>Allegato 5 Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)</p> <p>Elenco 1</p> <p>Elenco 2A</p> <p>Elenco 2B</p>	<p>Allegato C Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none"> • modifiche di denominazione foglio C1.1 • modifiche di descrizione foglio C1.2 • modifiche dei codici foglio C1.3 • eliminazioni nel foglio C1.4 <ul style="list-style-type: none"> • nuovi inserimenti foglio C2A.1 • modifiche di descrizione foglio C2A.2 • modifiche codici foglio C2A.3 <ul style="list-style-type: none"> • modifiche di denominazione foglio C2B.1 • modifiche di descrizione foglio C2B.2 • modifiche dei codici foglio C2B.3 • modifiche delle note foglio C2B.4 • eliminazioni foglio C2B.5 	<p>Allegato C Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuovi ausili nell'elenco 1 foglio C1 <p>Nessun aggiornamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuovi ausili nell'elenco 2B – foglio C2B
Allegato 6A DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria	Allegato N DGR ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria (sostituisce integralmente l'allegato vigente)	Nessun aggiornamento
Allegato 6B Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 7 Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo	Allegato R Esenzione per malattie rare	
	<ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuove malattie e/o gruppi foglio R1 	

	<ul style="list-style-type: none"> • modifica della denominazione di singole malattie/gruppi foglio R2 • inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo foglio R3 • spostamento di malattie in altri gruppi foglio R4 • inserimento di nuovi sinonimi di malattie foglio R5 • eliminazione di esempi di malattie foglio R6 	Nessun aggiornamento
Allegato 8 Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti	Allegato D Esenzione per malattie croniche e invalidanti <ul style="list-style-type: none"> • modifica della denominazione di singole malattie o condizioni foglio D1 • modifica della descrizione delle prestazioni foglio D2 • modifica degli elenchi delle prestazioni foglio D3 • prestazioni eliminate foglio D4 	Allegato D Esenzione per malattie croniche e invalidanti <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuova malattia o condizione esente – foglio D • modifica della tabella di corrispondenza - foglio D1; • inserimento di prestazioni esenti per nuove malattie – foglio D2 • integrazione elenchi di prestazioni per malattie/condizioni già esenti – foglio D3 • eliminazione di prestazioni per malattie/condizioni già esenti – foglio D4
Allegato 8 bis Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti (vecchio elenco)	Decade all'entrata in vigore dell'allegato 8 (art 64 dPCM 12 gennaio 2017)	
Allegato 9 Assistenza termale	Allegato F Assistenza termale (sostituisce integralmente l'allegato vigente)	Nessun aggiornamento
Allegato 10 Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale (10A), prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo (10B) e condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo (10C)	Allegato T Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo <ul style="list-style-type: none"> • inserimento dell'Ecografia ostetrica nell'allegato 10B 	Allegato E Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo <ul style="list-style-type: none"> • inserimento della prestazione: VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
Allegato 11 Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso	Modificato secondo quanto indicato nell' Allegato V Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	Nessun aggiornamento
Allegato 12 Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	Modificato secondo quanto indicato nell' Allegato V Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e modalità di erogazione delle	Nessun aggiornamento

La presente Relazione illustra il provvedimento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il quale ha introdotto aggiornamenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (revisioni, integrazioni e modifiche) al dPCM 12 gennaio 2017 e relativi allegati che comportano incremento di oneri a carico della finanza pubblica.

Lo schema di provvedimento è articolato in 8 articoli:

L'articolo 1 enuncia il contenuto del provvedimento.

L' articolo 2 è relativo agli aggiornamenti nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" di cui all'allegato 1 del dPCM 2017.

L' articolo 3 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4.

L'articolo 4 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi elencati nel nomenclatore di cui all'allegato 5 del dPCM 2017.

L' articolo 5 è relativo agli aggiornamenti in materia di esenzione per le persone affette malattie croniche e invalidanti di cui all'allegato 8 del dPCM 2017.

L' articolo 6 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, di cui all'allegato 10B del dPCM 2017.

L'articolo 7 è relativo all'indicazione degli oneri derivanti dal provvedimento.

L'articolo 8 concerne le norme finali e transitorie.

Si illustrano brevemente di seguito i contenuti del provvedimento per gli articoli 2,3,4,5,6.

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

L'articolo contiene l'aggiornamento dell'allegato 1 al dPCM 12 gennaio 2017 come indicato nell'allegato A al presente decreto: a) Programma di screening e sorveglianza attiva per il tumore della mammella e dell'ovaio e b) Estensione del programma di screening neonatale ad ulteriori patologie, puntualmente elencate.

a) Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio

Il programma prevede la ricerca delle varianti patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2 in donne familiari di casi affetti da tumore della mammella e/o dell'ovaio riscontrati positivi alle predette varianti (fase 1 - identificazione) e, per le sane ma risultate positive alle varianti patogenetiche dei predetti geni, l'implementazione di percorsi di sorveglianza attiva finalizzati alla diagnosi precoce del tumore della mammella e dell'ovaio (fase 2 - sorveglianza). Il programma è indirizzato al genere femminile, in considerazione della maggior numerosità dei casi attesi e delle evidenze maggiormente complete e accertate, ed è offerto alle parenti di primo grado di tutte le donne che ricevono una diagnosi di tumore della mammella e/ dell'ovaio e che risultano positive a uno dei due geni.

Di seguito il dettaglio delle prestazioni previste per la fase 2, sorveglianza delle donne sane ma a rischio in quanto portatrici di varianti patogene di geni BRCA1-2:

89.7 VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA - CONTROLLO); 88.73.1 ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. INCLUSO ECOGRAFIA DEL CAVO ASCELLARE.; 87.37.1 MAMMOGRAFIA

BILATERALE. (2 PROIEZIONI); 88.92.8 RMN DELLA MAMMELLA. MONO E/O BILATERALE. CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO.; 88.79.7 ECOGRAFIA TRANSVAGINALE; 90.55.1 ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125).; 89.01.F VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA - CONTROLLO); 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA - CONTROLLO); 94.09 COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO; 85.11.1 AGOASPIRATO ECOGUIDATO. BIOPSIA CON AGO SOTTILE DELLA MAMMELLA.; 85.11.3 BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA. §; 91.39.J ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA.; 91.46.5 ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: BIOPSIA STEREOTASSICA. PER CIASCUN CAMPIONE.

b) Estensione del programma di screening SNE ad ulteriori 8 patologie di seguito elencate: Immunodeficienze combinate gravi (SCID); Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID); Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi; Mucopolisaccaridosi tipo 1 (MPS I); Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Malattia di Fabry; Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi; Malattia di Pompe (Glicogenosi di tipo 2). Si tratta di identificare precocemente malattie congenite, anche molto rare, che se non riconosciute precocemente potrebbero condizionare negativamente lo sviluppo del bambino. Grazie alla diagnosi precoce attraverso lo screening alla nascita è possibile intervenire tempestivamente, prima della comparsa dei sintomi, evitando gravi conseguenze sulla salute del bambino. Tale aggiornamento tiene conto della proposta formulata dal Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso istituito presso il Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione sanitaria- con decreto del Viceministro della salute del 17 settembre 2020 e successivo decreto direttoriale del 13 novembre 2020, e costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle Istituzioni (Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Regioni) e delle Associazioni di pazienti.

L'aggiornamento riporta, inoltre, anche la lista delle patologie già contenute nell'allegato al dm 13 ottobre 2016 da sottoporre a screening SNE, a fini di esaustività e sistematicità della disciplina.

Art. 3

(Assistenza Specialistica ambulatoriale)

L'articolo contiene l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale erogabili con maggiori oneri nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In particolare sono aggiornati gli allegati 4, e 4D al dPCM 12 gennaio 2017 come indicato nell'allegato B fogli B, B1, B2, B3 e B4 al presente decreto.

Il foglio B dell'allegato B contiene le nuove prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale di seguito elencate.

1) "TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y) qualunque metodo" con la seguente condizione di erogabilità:

"Screening contingente per la valutazione del rischio delle Trisomie 13, 18, 21, X e Y in gravidanze in cui sia stato individuato un rischio 1/11 - 1/1000 a seguito di una prima valutazione effettuata con le prestazioni "90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A" e "88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato". Su prescrizione specialistica. Erogabile contestualmente alla "Consulenza genetica associata al test".

Il test NIPT consente di effettuare lo screening delle principali anomalie cromosomiche fetali, a partire dalla fine della decima settimana di gravidanza, mediante analisi del DNA fetale libero nel sangue materno attraverso tecnologie di ultima generazione che permettono di eseguire una stima del numero dei cromosomi 13, 18, 21 e dei cromosomi sessuali. L'esecuzione del test nei tempi previsti e secondo le condizioni indicate non sostituisce interamente l'amniocentesi ma contribuisce ad evitare una quota di tale indagine invasiva.

2) DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.

Il dispositivo intraorale di cui si tratta è indispensabile alla prevenzione di lesioni orali in pazienti con sindrome di Lesch-Nyhan (codice di esenzione RCG120); la prestazione prevede anche una visita specialistica di controllo e l'utilizzo di materiali specifici.

La prestazione potrà essere erogata con le seguenti note:

NOTA R: prestazione erogabile solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione.

NOTA H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori funzionalmente collegati con strutture di ricovero

NOTA ALLEGATO 4D: CONDIZIONE DI EROGABILITA'- Erogabile esclusivamente ai pazienti con sindrome di Lesch-Nyhan (RCG120) per la prevenzione di lesioni secondarie a comportamenti autolesionistici.

3) LUTEOTROPINA (LH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)

La prestazione di Luteotropina, già presente nel dm 22 luglio 1996, viene reintrodotta nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ove non era stata inclusa per mera omissione.

4) APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo.

Si tratta di una procedura precedentemente inclusa nella visita endocrinologica/diabetologica, che nella pratica medica è possibile eseguire distintamente dalla visita. La descrizione della nuova prestazione è stata espunta dalla visita endocrinologica/diabetologica 89.7A.8, ed è stata quindi inserita la nuova prestazione specifica 99.99.4 "APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo". Come conseguenza di tale modifica e per le motivazioni già espresse, viene modificata la definizione della prestazione 89.7A.8 "*PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute*" escludendo l'applicazione del microinfusore sottocute (foglio B1 dell'allegato B).

5) DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA

Nel decreto ministeriale 22 luglio 1996 erano presenti sia la prestazione di elettrochirurgia, sia la prestazione di criochirurgia della palpebra. Per un mero errore materiale, nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 è presente la DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA, mentre non compare la prestazione di DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA che pertanto è reinserita dal presente decreto, contestualmente all'eliminazione della DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.

6) TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE.

Si tratta dell'inserimento delle due nuove seguenti prestazioni:

93.82.4 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

93.82.5 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute

7) RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9

L'inserimento nell'allegato 4 riguarda la prestazione per l'identificazione delle varianti alleliche del gene CYP2C9 implicato nel metabolismo del farmaco Siponimod, unico farmaco approvato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attività infiammatoria. Come specificato nella scheda tecnica del prodotto, alla luce delle possibili reazioni avverse legate al profilo farmacogenetico del paziente, si inserisce il test in questione tra le prestazioni di Laboratorio erogabili nell'ambito del SSN in quanto l'eleggibilità al trattamento sopra descritto è sottesa all'esecuzione di un test diagnostico volto ad identificare varianti alleliche del gene CYP2C9 implicato nel metabolismo del farmaco.

8) ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA.

Si dispone, per ragioni di appropriatezza, l'inserimento tra le prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN (allegato 4) della prestazione 88.74.B "ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO" con la relativa condizione di erogabilità: "Esame di secondo livello per la diagnosi e/o il monitoraggio della fibrosi epatica e/o dell'ipertensione portale clinicamente significativa del paziente con epatopatia cronica avanzata o cirrosi epatica. Su indicazione specialistica" (allegato 4 D).

La elastografia transiente epatica (c.d. fibroscan) è un esame ecografico del fegato che permette di valutare la fibrosi epatica. Consente di diminuire il ricorso diagnostico alla biopsia epatica che è invece un'indagine non dinamica, invasiva e non priva di potenziali complicanze.

9) VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione

La conferma dell'infezione da Epatite delta si basa sul rilevamento dell'HDV RNA mediante la RT-PCR quantitativo (reverse transcriptase-polymerase chain reaction) e il dosaggio degli anticorpi specifici (IgM e IgG). L'infezione con HDV può verificarsi come coinfezione o sovrainfezione dell'HBV, pertanto la misurazione dell'HDV RNA è da effettuarsi con indicazione di appropriatezza prescrittiva nota 74: "Contestualmente all'esito positivo dell'HBsAg".

10) NUOVI GENI DI RIFERIMENTO secondo il concetto di azionabilità clinica per patologia tumorale maligna e livelli di evidenza.

L'indicazione di nuovi geni di riferimento, riportati nel foglio B2 dell'allegato B, risponde all'esigenza di una profilazione genomica in oncologia con l'impiego di qualsiasi metodica di analisi genomica appropriata per la ricerca delle mutazioni di specifici geni definiti "azionabili", ovvero mutazioni qualificate dalla coesistenza di due fattori:

- 1) disponibilità di farmaci autorizzati all'immissione in commercio in Italia;
- 2) evidenza scientifica di buon livello documentata in risorse informative pubblicate (database OncoKB, scala ESCAT di ESMO).

Nell'allegato B, foglio B2, le mutazioni di detti geni sono raccolte in due tipologie di pannelli, distinti per grado di evidenza, riportato nel data base OncoKb, riguardo all'efficacia o alla sicurezza di impiego dei farmaci oncologici associati. Il lavoro di aggiornamento, svolto con il supporto di un gruppo di oncologi esperti, ha consentito pertanto di definire un pannello standard di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna con livelli di evidenza di grado maggiore (L1, L2 o R1); un pannello allargato di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna con livelli di evidenza di grado minore (L3, L4 o R2/R3).

11) DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (PROTEASI CLIVANTE IL FATTORE VON WILLEBRAND)

Il dosaggio dell'enzima ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore Von Willebrand) è fondamentale sia nella fase diagnostica della Porpora Trombotica Trombocitopenica, sia nel suo monitoraggio. A garanzia di una maggiore appropriatezza prescrittiva ed erogativa, la prestazione è corredata dalle note R e MR così definite: "MR: *per le prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale;*

- R: *indica che la prestazione può essere erogata solo in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione*

12) PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.

Il foglio B2 dell'allegato B inserisce nell'allegato 4 GENETICA COLONNA "E" (Anatomia patologica) un nuovo gene di riferimento da indagare (BRAF) per il Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), ampliando al NSCLC le condizioni di erogabilità di una prestazione già inclusa in allegato 4 (stato mutazionale BRAF 91.60.6).

Il foglio B3 dell'allegato B inserisce nell'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 le CONDIZIONI DI EROGABILITÀ relative alle prestazioni di nuovo inserimento (es. test NIPT, Dispositivo intraorale, elastografia) allo scopo di garantire l'appropriata prescrizione ed erogazione delle prestazioni, indicando la tipologia di pazienti destinatari. Il foglio B4 dell'allegato B modifica il contenuto di note dell'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 già esistenti.

I codici proposti potrebbero essere oggetto di modifiche a seguito del confronto in CSR per ragioni tecnico informatiche.

Art. 4
(Assistenza protesica)

L'articolo comprende le modifiche all'Allegato 5 al dPCM 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato C al presente dPCM e che hanno comportato l'inserimento di nuovi ausili con impatto economico definito nella relazione tecnica:

- ausili su misura (elenco 1), relativi alla classe 06 "Ortesi e protesi", con la relativa tariffa presenti sul foglio C1- aggiuntivi/sostituzioni per protesi già presenti nel dm 332 del 1999, non più presenti nel dPCM 12 gennaio 2017 e reinseriti per garantire la personalizzazione dell'ausilio a seconda delle esigenze dell'assistito.
- ausili di serie pronti all'uso (elenco 2B) relativi alla classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"- orologio tattile da taschino già presente nel dm 332 del 1999, non più presente nel dPCM 12 gennaio 2017 e reinserito per garantire un'alternativa all'orologio da polso già presente, orologio da polso consultabile tramite vibrazione come alternativa all'orologio da polso sonoro già presente - per i quali, essendo prevista la modalità di erogazione mediante gara ad evidenza pubblica, non è, ovviamente, richiesta la definizione della tariffa e presenti sul foglio C2B.

I codici proposti potrebbero essere oggetto di modifiche a seguito del confronto in CSR per ragioni tecnico informatiche.

Art. 5
(Esenzione per malattie croniche e invalidanti)

L'articolo comprende le modifiche dell'Allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato D nei fogli D, D1, D2, D3 e D4 al presente dPCM.

In particolare:

Nell'allegato D sono individuate le tre nuove malattie croniche ed invalidanti esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni di seguito elencate, con l'indicazione, per ciascuna, della durata minima dell'attestato di esenzione ai sensi del dm 23.11.2012:

068 - SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82). Durata minima dell'attestato di esenzione 2 anni

069 - IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley). Durata illimitata dell'attestato di esenzione

070 - MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI. Durata minima dell'attestato di esenzione 2 anni

Nell'allegato D1 è modificata la tabella di corrispondenza (allegato 8 dPCM 12 gennaio 2017) comprendente le codifiche ICD9-CM delle tre nuove malattie esenti, indispensabili per la corretta attribuzione dell'esenzione e del relativo attestato.

Nell'allegato D2 sono individuate le prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale concesse in esenzione per le tre patologie di cui sopra, con l'indicazione della frequenza massima di prescrizione in esenzione di ciascuna di esse.

Nell'allegato D3 sono integrati gli elenchi delle prestazioni per malattie già esenti (005 - ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA; 009 - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN; 044 - PSICOSI; 007 -

ASMA) con l'indicazione della frequenza massima di prescrizione in esenzione di ciascuna nuova prestazione. Per le malattie croniche e invalidanti "008 - CIRROSI EPATICA CIRROSI BILIARE" e "016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)" la prestazione esente alla "ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE" è posta in alternativa alla nuova prestazione elastografia epatica.

005 - ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA

La modifica consiste in una implementazione delle prestazioni già in esenzione per Anoressia e Bulimia (codice esenzione 005) con l'inserimento delle prestazioni di seguito riportate:

88.72.3 "ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)"; 90.04.5 "ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)"; 90.05.1 "ALBUMINA"; 90.09.2 "ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)"; 90.10.5 "BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta"; 90.11.4 "CALCIO TOTALE"; 90.14.1 "COLESTEROLO HDL"; 90.14.3 "COLESTEROLO TOTALE"; 90.22.3 "FERRITINA"; 90.24.3 "FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)"; 90.32.5 "MAGNESIO TOTALE"; 90.43.2 "TRIGLICERIDI"; 93.82.4 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute"; 93.82.5 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute"; 94.08.3 "SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA"; 89.65.1 "EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina".

Tra queste, sono concesse in esenzione anche 2 nuove prestazioni che il presente dPCM include nell'allegato 4:

- 93.82.4 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute"
- 93.82.5 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute"

009 - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN

La modifica consiste nella concessione in esenzione di ulteriori prestazioni finalizzate al monitoraggio della malattia, alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti.

90.12.A CALPROTECTINA FECALE; 88.79.8 ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1); 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 OPPURE 88.79.K ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1); 88.97.C RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5) OPPURE 88.95.2 RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare OPPURE 88.95.5 RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare; *Negli assistiti con controindicazioni alla RM:* 88.01.6 TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC OPPURE 88.01.8 TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non

associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2).

Negli assistiti in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti prestazioni:

89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA; 90.99.1 MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]; 91.18.6 VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5; 91.19.5 VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F; 91.23.F VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV - 2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F; 92.12.3 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco

Inoltre, contestualmente si è provveduto all'eliminazione di prestazioni desuete di seguito riportate:

87.65.2 CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO; 87.65.3 CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi); 90.06.1 ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA; 88.99.8 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE

Per quanto concerne la prevalenza dei potenziali beneficiari si è analizzata la serie storica relativa alle annualità 2019-2021 del numero degli assistiti con codice di esenzione 009 che hanno avuto in dette annualità almeno una prestazione. Gli assistiti sono risultati pari rispettivamente a: 114.933 (2019), 102.772 (2020), 115.951 (2021) con una media/anno di 111.219 assistiti.

Il parere del CNEC/ISS del 09/07/2021 ha inoltre stimato il numero di pazienti affetti da MICI che utilizzano farmaci biologici in un numero oscillante fra 21.890 e 27.625, che sale fino a 95.260 se si considerano i pazienti "undertreated". La stima di 95.260 beneficiari rappresenta un target massimo e potrebbe essere rivisto al ribasso poichè alcuni pazienti, affetti da MICI, potrebbero avere altre forme di benefici (es. invalidità civile) che prevedono quindi già l'esenzione del ticket. Sulla base di tali informazioni si può verosimilmente stimare un numero attendibile di beneficiari interessati pari a circa la metà del massimo stimato (95.260) pari a circa 47.880 beneficiari.

044 – PSICOSI

La revisione dell'elenco delle prestazioni erogabili in esenzione per gli assistiti affetti da Psicosi (codice 044), prevede l'inserimento di prestazioni di laboratorio necessarie per la valutazione dell'assetto metabolico (glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi), della funzionalità renale (creatinina, urea), della funzionalità epatica (AST, ALT, Gamma GT), della ionemia (sodio, potassio, magnesio totale, calcio totale) e della funzionalità tiroidea.

Nello specifico, la proposta di aggiornamento riguarda l'inserimento delle seguenti prestazioni:

90.09.2 "ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)"; 90.04.5 "ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)"; 90.11.4 "CALCIO TOTALE"; 90.14.1 "COLESTEROLO HDL"; 90.14.3 "COLESTEROLO TOTALE"; 90.16.3 "CREATININA. Non associabile a 90.16.4"; 90.25.5 "GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)"; 90.27.1 "GLUCOSIO"; 90.37.4 "POTASSIO"; 90.40.4 "SODIO"; 90.43.2 "TRIGLICERIDI"; 90.44.1 "UREA"; 90.54.4 "ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)"; 90.51.4 "ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)"; 88.71.4 "DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, 88.71.4 paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale

ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7”*.

*NOTA: limitatamente al monitoraggio della terapia con litio.

Per stimare i pazienti con “Psicosi” (044), in assenza dell’anagrafica nazionale delle esenzioni, è stato utilizzato un estratto campionario, rappresentativo degli assistiti della popolazione nazionale e significativo a livello statistico, derivante dal Flusso ex art. 50 del decreto legge n. 269/2003 (Flusso TS) del 2019 che considera le ricette mediche, sia farmaceutiche, sia di specialistica ambulatoriale. Trattandosi di un campione, le numerosità di seguito riportate sono state proporzionate su scala nazionale.

Gli assistiti con codice esenzione 044 risultanti dal flusso TS sono 118.251. È stato successivamente analizzato il dettaglio di coloro che assumono farmaci antipsicotici e con Litio allo scopo di individuare gli assistiti in cura presso il SSN.

Il livello di dettaglio relativo agli individui che assumono farmaci antipsicotici e con Litio è il seguente:

1. 36.638 assistiti con esenzione “Psicosi” che assumono farmaci antipsicotici:
 - “Fenotiazine con catena laterale alifatica” (codifiche che iniziano per N05AA);
 - “Fenotiazine con struttura piperazinica” (codifiche che iniziano per N05AB);
 - “Fenotiazine con struttura piperidinica” (codifiche che iniziano per N05AC);
 - “Derivati del butirrofenone” (codifiche che iniziano per N05AD);
 - “Diazepine, ossazepine, tiazepine e ossepine” (codifiche che iniziano per N05AH);
 - “Benzamidi” (codifiche che iniziano per N05AL);
 - “Altri antipsicotici” (codifiche che iniziano per N05AX).
2. 15.042 assistiti con esenzione “Psicosi” che assumono il “Litio” (codifiche che iniziano per N05AN).

007-ASMA

Per la malattia Asma (codice di esenzione 007) sono inserite in esenzione, per i soli assistiti con asma grave come definito nell’adattamento italiano alle Linee guida della *Global Initiative for Asthma* (GINA) le prestazioni 93.99.4 "MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO", 90.68.3 "IgE TOTALI" e 89.65.5 "MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA".

Il test per la misura dell’Ossido nitrico esalato (FeNo) risulta utile nella valutazione del fenotipo di asma grave e può guidare nella scelta terapeutica insieme ad altri dati clinici; il dosaggio delle IgE risulta invece utile nella scelta di alcuni farmaci biologici (gli anti-IgE) e nella relativa dose.

La misurazione della saturazione arteriosa è necessaria al corretto monitoraggio della malattia.

008 - CIRROSI EPATICA CIRROSI BILIARE, 016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)

Per cirrosi epatica, cirrosi biliare (codice 008) la prestazione di nuovo inserimento nel dPCM: “Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO” con condizione di erogabilità nota 111, può essere prescritta in alternativa alla “ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE”.

Per l’epatite cronica (attiva) (codice 016) la prestazione di nuovo inserimento nel dPCM: “Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO” con condizione di erogabilità nota 111 può essere prescritta in alternativa alla “ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE”.

L’inserimento in allegato 8 di una prestazione in esenzione posta in alternativa ad un altro esame di analogo valore tariffario non comporta ulteriori aggravii di spesa per il SSN. Dal momento che la “Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO”, è una nuova prestazione del SSN, anche l’inserimento in esenzione deve essere contemplato nel presente decreto.

- Nell’allegato D4 è indicata l’eliminazione di prestazioni per malattie e condizioni già esenti.

Art. 6

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo)

L'aggiornamento riguarda l'integrazione dell'allegato 10B al dPCM 12 gennaio 2017 (elenco delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo) con l'inserimento della prestazione 91.15.F "VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS" già inclusa nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017, da eseguire all'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane+6 gg.) e comunque al primo controllo. Si tratta di una prestazione raccomandata anche all'interno delle recenti linee guida "Gravidanza Fisiologica", pubblicate nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sulle evidenze disponibili.

Sebbene ad oggi non siano disponibili trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione materno fetale dell'infezione, in considerazione del fatto che un'alta percentuale di donne viene già sottoposta a screening, con partecipazione al costo da parte della paziente, si dispone l'inclusione della prestazione tra le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo per favorire un più attento counselling dei casi sieronegativi in funzione di prevenzione del rischio di sierconversione durante la gravidanza.

In relazione ai nuovi codici proposti, si precisa che gli stessi potrebbero essere oggetto di ulteriori definizioni a seguito delle valutazioni di carattere amministrativo e tecnico informatico risultanti dal confronto con le Regioni.

RELAZIONE TECNICA DPCM

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

recante

“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”

Relazione tecnica

Art.1

L'articolo enuncia il contenuto del provvedimento

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

L'articolo contiene l'aggiornamento dell'allegato 1 al dPCM 12 gennaio 2017 come indicato nell'allegato A al presente decreto: a) Programma di screening e sorveglianza attiva per il tumore della mammella e dell'ovaio e b) Estensione del programma di screening neonatale ad ulteriori patologie, puntualmente elencate.

a) Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio

Il programma prevede la ricerca delle varianti patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2 in donne familiari di casi affetti da tumore della mammella e/o dell'ovaio riscontrati positivi alle predette varianti (fase 1 - identificazione) e, per le sane ma risultate positive alle varianti patogenetiche dei predetti geni, l'implementazione di percorsi di sorveglianza attiva finalizzati alla diagnosi precoce del tumore della mammella e dell'ovaio (fase 2 - sorveglianza). Il programma è indirizzato al genere femminile, in considerazione della maggior numerosità dei casi attesi e delle evidenze maggiormente complete e accertate, ed è offerto alle parenti di primo grado di tutte le donne che ricevono una diagnosi di tumore della mammella e/ dell'ovaio e che risultano positive a uno dei due geni.

La stima di impatto finanziario è stata determinata, in via prudenziale, calcolando il costo dell'esecuzione delle prestazioni per l'identificazione delle varianti patogenetiche nelle donne eleggibili e stimando la frequenza, differenziata per fascia di età in funzione del diverso rischio di neoplasia, delle prestazioni diagnostiche previste dal programma di sorveglianza attiva rivolte alle donne risultate portatrici di varianti patologiche dei due geni. L'associazione tariffaria alle prestazioni suddette e la stima dei 10.272 beneficiari ha permesso di determinare un impatto complessivo pari a 11.089.098 euro (vedi tabella successiva). In particolare, la spesa per il programma di sorveglianza, in assenza di una tariffa nazionale delle prestazioni specifiche, è stata determinata per associazione alla tariffa regionale della regione Lombardia, le cui prestazioni 91.29.T “MUTAZIONI DI BRCA 1 IN FAMILIARI. TEST MIRATO” e 91.29.X “MUTAZIONI DI BRCA 2 IN FAMILIARI. TEST MIRATO” hanno una tariffa pari a 100 euro in entrambi i casi.

Per la determinazione dell'impatto finanziario del programma, sono stati considerati i seguenti aspetti:

1. Il tasso di riferimento per la consulenza genetica e l'esecuzione dei test BRCA1-2 nelle donne con neoplasia. Non essendo disponibili dati robusti per la popolazione italiana, è stato stimato un valore massimo del 20% sulla base di casistiche australiane, USA e Regno Unito.
2. La frequenza di mutazione BRCA1-2 germinale (varianti patologiche) riscontrata nelle donne con neoplasia accertata che accedono alla consulenza genetica e al test. Il dato più documentato (studio di coorte australiano con follow-up di oltre 5 anni su ampia casistica) è del 16,6%, frequenza coerente con gli altri studi che hanno utilizzato metodi sensibili e moderni di rilevamento delle varianti patogene BRCA1-2.
3. La media italiana delle parenti di primo grado di genere femminile: 2 persone per paziente.
4. Il tasso di aderenza alla fase di screening nelle familiari dei casi indice: una stima prudenziale si attesta al 70% della popolazione target.
5. La frequenza di mutazione BRCA1-2 germinale (varianti patogene) riscontrata nelle donne sane parenti di primo grado dei casi indice: è stata assunta una stima (conservativa) del 50% di questi casi.
6. Il tasso di aderenza alla fase di sorveglianza nelle familiari dei casi indice: una stima prudenziale si attesta al 50% della popolazione identificata.

Lo scenario "target prevalenza" è stimato come illustrato nella tabella seguente. I dati sono descritti per tipo di neoplasia e selezionati con un approccio conservativo ovvero mirato ad identificare le più alte stime documentate e verificabili su casistiche ampie e credibili al fine di evitare un errore sistematico di sotto campionamento.

Tabella A – Prevenzione tumori eredo-familiari della mammella e dell’ovaio: stima dei target e dell’impatto finanziario.

	Formule	Risultati	
Mammella	PREVALENZA 2022 (AIOM): DONNE VIVENTI	834.200	
	Tasso riferimento consulenza genetica e test (ricerca mut. germinale): 20%	166.840	166.840 Queste prestazioni sono già nei LEA
	Frequenza mutazione con variante patologica nelle pazienti: 16,6%	27.695	27.695
	Media di donne familiari di casi indice: 2 per famiglia	55.391	55.391 Target teorico della identificazione
	Aderenza alla fase di identificazione (70% - screening attuali)	38.774	38.774 Target effettivo della identificazione
	Frequenza mutazione con variante patologica nelle parenti: 50%	19.387	19.387 Target teorico della sorveglianza
	Aderenza alla fase di sorveglianza (50%)	9.693	9.693 Target effettivo della sorveglianza
Ovaio	PREVALENZA 2022 (AIOM): DONNE VIVENTI	49.800	
	Tasso riferimento consulenza genetica e test (ricerca mut. germinale): 20%	9.960	9.960 Queste prestazioni sono già nei LEA
	Frequenza di mutazione germinale con variante patologica 16,6%	1.653	1.653
	Media di donne familiari di casi indice: 2 per famiglia	3.307	3.307 Target della IDENTIFICAZIONE
	Aderenza alla fase di identificazione (70% - screening attuali)	2.315	2.315 Target effettivo della identificazione
	Frequenza mutazione con variante patologica nelle parenti: 50%	1.157	1.157 Target teorico della sorveglianza
	Aderenza alla fase di sorveglianza (50%)	579	579 Target effettivo della sorveglianza
Mammella e ovaio	PREVALENZA 2022 (AIOM): DONNE VIVENTI	884.000	884.000
	Tasso riferimento consulenza genetica e test (ricerca mut. germinale): 20%	176.800	176.800 Queste prestazioni sono già nei LEA
	Frequenza mutazione con variante patologica nelle pazienti: 16,6%	29.349	29.349
	Media di donne familiari di casi indice: 2 per famiglia	58.698	58.698 Target teorico della identificazione
	Aderenza alla fase di identificazione (70% - screening attuali)	41.088	41.088 Target effettivo della identificazione
	Frequenza mutazione con variante patologica nelle parenti: 50%	20.544	20.544 Target teorico della sorveglianza
	Aderenza alla fase di sorveglianza (50%)	10.272	10.272 Target effettivo della sorveglianza
Impatto finanziario nuove prestazioni	Tariffa visita genetica + BRCA1-2 in parenti sane (22 +100-100€) una tantum	9.121.607	9.121.607 Identificazione sane a rischio
	Tariffa di tutti i test per la sorveglianza (tabella) annuale	1.967.491	1.967.491 Sorveglianza sane a rischio
	Somma test di identificazione + programma di sorveglianza (D53 + J26)	11.089.098	11.089.098 Impatto complessivo

Tumore della mammella: nel 2022, sono 834.200 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella. Il 20% di tale popolazione, ovvero 166.840, è il valore massimo atteso di pazienti avviate a visite specialistiche di genetica e test genetici BRCA1 e BRCA2. Tali prestazioni sono da considerare iso-risorse in quanto già inserite nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale, allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, ed esentate dal pagamento della quota di compartecipazione al costo (ticket) in quanto eseguite come approfondimento diagnostico dei pazienti con neoplasia. Il 16,6% delle pazienti che effettuano la consulenza genetica e i test, ovvero 27.695, rappresenta il valore massimo atteso delle pazienti affette da neoplasia mammaria e riscontrate positive a una variante patogena nota di BRCA1-2 (ovvero i casi indice per il successivo programma di identificazione e sorveglianza). La media italiana delle parenti di primo grado di genere femminile è di 2 persone, quindi 55.391 è il numero massimo atteso di parenti sane, ma potenzialmente a rischio di neoplasia eredo-familiare, di pazienti con tumore della mammella (target teorico della fase di identificazione). Considerando la stima di aderenza alla fase di identificazione (70%), il numero massimo atteso di donne che costituiranno in target effettivo della fase di identificazione è pari a 38.774. Applicando la stima (50%) della frequenza di mutazione con una delle varianti patogene di BRCA1-2, si può attendere un massimo di 19.387 donne (target teorico della fase di sorveglianza) alle quali proporre l’esecuzione annuale degli esami necessari per la sorveglianza riportati per classe di età nella tabella seguente. Considerando infine l’aderenza attesa al programma di esami, stimata al 50%, si può attendere un massimo di 9.693 donne che annualmente eseguiranno le prestazioni previste nel programma di sorveglianza (target teorico della fase di sorveglianza).

Tumore dell’ovaio: Nel 2022, sono 49.800 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore dell’ovaio. Il 20% di tale popolazione rappresenta il valore massimo atteso di pazienti avviate a consulenza genetica e a test pari a 9.960. Per tali pazienti dunque, le visite specialistiche di genetica e test genetici BRCA1 e BRCA2 sono sempre pari a 9960. Tali prestazioni sono da considerare iso-risorse in quanto già inserite nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale, allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, ed esentate dal pagamento della quota di compartecipazione al costo (ticket) in quanto eseguite per pazienti con neoplasia. Il 16,6% delle pazienti che effettuano la consulenza genetica e i test, rappresenta il valore massimo atteso delle pazienti affette da neoplasia ovarica e riscontrate positive a una variante patogena nota di BRCA1-2 pari a 1653 (ovvero i casi indice per il successivo programma di identificazione e sorveglianza). La media italiana delle parenti di primo grado di genere femminile è di 2 persone, quindi, il numero massimo atteso di parenti

sane, ma potenzialmente a rischio di neoplasia eredo-familiare, di pazienti con tumore dell'ovaio è pari a 3.307 (target teorico della fase di identificazione). Considerando la stima di aderenza alla fase di identificazione (70%), il numero massimo atteso di donne che costituiranno il target effettivo per la fase di identificazione è pari 2.315. Applicando la stima (50%) della frequenza di mutazione con una delle varianti patologiche di BRCA1-2, si può attendere un massimo di 1.157 donne (target teorico della fase di sorveglianza) alle quali proporre l'esecuzione annuale degli esami necessari per la sorveglianza riportati per classe di età nella tabella seguente. Considerando infine l'aderenza attesa al programma di esami, stimata al 50%, si può attendere un massimo di 579 donne che annualmente eseguiranno le prestazioni previste nel programma di sorveglianza (target teorico della fase di sorveglianza).

Tabella B – Prevenzione tumori eredo-familiari della mammella e dell'ovaio: dettaglio delle prestazioni previste per la fase 2, sorveglianza delle donne sane ma a rischio in quanto portatrici di varianti patologiche di geni BRCA1-2

1. Dimensione massima del programma di sorveglianza: femmine sane, parenti di primo grado di pazienti, con una variante patologica dei geni BRCA 1-2							10.272						
2. Classi di età a rischio di neoplasia eredo-familiare (femmine >17 anni) sul totale delle residenti							18-24	25-34	35-54	55-70	Oltre 70	Tot. > 17	
3. Percentuale del target teorico del programma di sorveglianza, sulle residenti (ISTAT 2022)							6,49	10,08	27,69	20,96	20,01	85,24	%
4. Percentuale del target effettivo del programma di sorveglianza, sulle residenti >17 anni (ISTAT 2022)							7,62	11,83	32,48	24,59	23,48	100,00	%
5. Stima del N di soggetti appartenenti al target effettivo del programma, per classe di età							783	1.215	3.337	2.526	2.412	10.272	N
CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA											
89.7	Visita senologica (prima visita - controllo)	25,00	19.568	30.378	83.413	63.150	60.294	256.802	€				
88.73.1	Ecografia bilaterale della mammella. Incluso ecografia del cavo ascellare.	42,65	33.383	51.825	142.302	107.734	102.861	438.104	€				
87.37.1	Mammografia Bilaterale. (2 proiezioni)	40,00	0°	0	133.460	101.040	96.470	330.970	€				
88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	215,20	0°	78.448	215.405	0	0	293.853	€				
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	30,95	0°	18.804	51.632	39.090	0	109.526	€				
90.55.1	Antigene Carboidratico 125 (CA 125).	13,00	0°	7.898	21.687	32.838	0	62.423	€				
89.01.F	Visita oncologica (prima visita - controllo)	17,90	0°	21.751	59.723	45.215	43.170	169.860	€				
89.26.2	Visita ginecologica (prima visita - controllo)	17,90	0°	21.751	59.723	45.215	0	126.689	€				
94.09	Colloquio psicologico clinico	25,00	0°	30.378	83.413	63.150	0	176.940	€				
85.11.1	Agoaspirato ecoguidato. Biopsia con ago sottile della mammella.§	39,10	0°	143	0	0	0	143	€				
85.11.3	Biopsia [percutanea] mammaria "vacuum assisted" ecoguidata.§	408,90	0°	1.491	0	0	0	1.491	€				
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.§,&	38,00	0°	139	0	0	0	139	€				
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	151,30	0°	552	0	0	0	552	€				
8. Impatto finanziario complessivo del protocollo nazionale di sorveglianza			52.951	263.555	850.759	497.431	302.795	1.967.491	€				
# Fabbisogno di RMN: 1 nel periodo di intervallo per circa il 30% delle donne che aderiscono al protocollo di sorveglianza, limitatamente alle classi di età da 25 a 54 anni, e solo in casi eccezionali a discrezione del radiologo, ad esempio in caso di dubbio diagnostico e/o elevata densità mammaria (Birads2).													
§ Fabbisogno di ulteriori accertamenti: circa il 10% delle donne che eseguirà la RM dovrà eseguire tale ulteriore accertamento.													
° La sorveglianza con la prestazione qui indicata può iniziare prima del 25° anno di età nei rarissimi casi in cui nella medesima famiglia sono insorti casi di tumore mammario prima dei 25 anni.													
& Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.													
La tabella è calcolata solo per le femmine.													
Non sono considerati i costi di individuazione delle pazienti alle quali proporre il programma di sorveglianza, né i costi degli interventi a scopo profilattico.													
Fonte del dato tariffario: Tariffa Nazionale dPCM 12 gennaio 2017. In assenza del codice specifico di prima visita senologica, è stato inserito il codice generico della prima visita.													

Per i dettagli di calcolo della tabella sopra riportata si rimanda all'allegato 1 alla presente relazione tecnica "BRCA1-2_Stima_finanziaria_Tabella_sorveglianza_per_RT.xlsx".

b) Estensione del programma di screening SNE ad ulteriori 8 patologie di seguito elencate: Immunodeficienze combinate gravi (SCID); Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID); Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi; Mucopolisaccaridosi tipo 1 (MPS I); Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Malattia di Fabry; Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerevosidasi; Malattia di Pompe (Glicogenosi di tipo 2).

Tale aggiornamento trova fondamento nella legge n. 167/2016 e s.m. e l'elenco delle malattie di cui sopra è scaturito dai lavori del competente tavolo tecnico SNE istituito presso il Ministero della salute, ai sensi della stessa norma, con lo scopo di provvedere all'aggiornamento periodico dell'elenco delle malattie da sottoporre a screening. L'elenco di cui al punto F10 dell'allegato A al presente dPCM riporta le patologie contenute nell'allegato al dm 13 ottobre 2016 e le ulteriori su indicate malattie da sottoporre a screening, sulle quali la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel SSN ha formulato parere positivo.

Lo screening è da effettuarsi su tutti i nati e quindi la stima dei beneficiari è pari a 392.596 (numero di nati stimato dai dati ISTAT 2022).

Ai fini della valutazione di impatto economico, si considera che attualmente operano 15 centri di screening a livello nazionale. Attraverso il contributo della Regione Toscana, Regione con la maggiore esperienza e dotata di un'organizzazione consolidata, oltre che presente al citato tavolo tecnico, è stato possibile acquisire gli elementi utili alla stima dei costi delle prestazioni necessarie. Nello specifico, si comprendono i seguenti costi: cartoncini; trasporto; personale amministrativo per la gestione dell'arrivo e dell'accettazione dei campioni; personale sanitario, consumabili, quota manutenzioni/ammortamenti apparecchiature necessari per la gestione laboratoristica del campione; personale sanitario dedicato alla gestione dei risultati, ovvero valutazione clinica e conferma diagnostica molecolare.

I costi derivanti sono i seguenti:

- Malattie Lisosomiali – 17,50 euro;
- Immunodeficienze congenite severe – 12 euro;

Lo screening ADA e PNP e X-ALD comportano un costo aggiuntivo non significativo dell'ordine di pochi centesimi in quanto parte integrante dei nuovi kit diagnostici. Per quanto concerne la sindrome Adrenogenitale (SAG) il costo aggiuntivo del kit è di circa 3 euro a test + 0,50 euro di tempo personale. Gli strumenti usati sono già disponibili in ognuno dei laboratori di screening attivi in Italia. I costi generali sono stati determinati nella misura percentuale di +15%. Quindi, i costi delle 8 prestazioni sono pari a 37,95 euro comprensivo del 15%.

Il derivante impatto totale è pari a 37,95 euro moltiplicato per la stima dei 392.596 nati stimati, ovvero 14.899.018 euro.

Si evidenzia che l'articolo 1, comma 544, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", ha previsto di incrementare di 4 milioni di euro le coperture finanziarie per la revisione della lista delle malattie da ricercare attraverso lo screening neonatale. Vista la valutazione di Health Technology Assessment – HTA realizzato da Agenas, che include le stime di impatto economico legate all'implementazione del percorso di screening per la SMA, calcolando prudenzialmente un costo complessivo annuale fino ad un massimo di 2.626.487 euro, il relativo stanziamento è stato utilizzato per consentire l'inserimento della SMA nello SNE disciplinato nel DM senza oneri a carico della finanza pubblica. Il delta di 1.373.513 euro viene utilizzato per finanziare parte delle risorse necessarie a garantire lo SNE delle ulteriori 8 malattie rare. Pertanto, l'impatto complessivo, derivante dalla sottrazione della copertura di 1.373.513 euro alla stima di 14.899.018, è pari a 13.525.505.

Art. 3

(Assistenza Specialistica ambulatoriale)

L'articolo contiene l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale erogabili con maggiori oneri nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In particolare sono aggiornati gli allegati 4, e 4D al dPCM 12 gennaio 2017 come indicato nell'allegato B fogli B, B1, B2, B3 e B4 al presente decreto.

Il foglio B dell'allegato B contiene le nuove prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale di seguito elencate.

1) TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y) qualunque metodo con la seguente condizione di erogabilità:

“Screening contingente per la valutazione del rischio delle Trisomie 13, 18, 21, X e Y in gravidanze in cui sia stato individuato un rischio 1/11 - 1/1000 a seguito di una prima valutazione effettuata con le prestazioni “90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A” e “88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato”. Su prescrizione specialistica. Erogabile contestualmente alla “Consulenza genetica associata al test”.

Il test NIPT consente di effettuare lo screening delle principali anomalie cromosomiche fetali, a partire dalla fine della decima settimana di gravidanza, mediante analisi del DNA fetale libero nel sangue materno attraverso tecnologie di ultima generazione che permettono di eseguire una stima del numero dei cromosomi 13, 18, 21 e dei cromosomi sessuali.

Il costo stimato è di circa € 300, secondo una rilevazione puntuale del Consiglio Superiore di Sanità (CSS); tuttavia si segnala che la Regione Toscana e la PA di Bolzano hanno incluso la prestazione nei propri nomenclatori, rispettivamente pari a € 396 e € 380, per cui, in via prudenziale ed in assenza di dati di costo analitici, è stata valutata l'opportunità di tariffare la prestazione considerando come riferimento il valore della tariffa che si avvicina maggiormente nel contenuto descrittivo della prestazione, ovvero € 380 della PA Bolzano.

In considerazione della condizione di erogabilità associata alla prestazione, si prevede che l'esecuzione dell'esame nell'ambito del SSN sia limitata alle gravidanze in cui sia stato individuato un rischio 1/11 - 1/1000 a seguito di una prima valutazione effettuata con le prestazioni “90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A” e “88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale”; pertanto, si stima una platea di potenziali beneficiari pari a 90.235, a cui aggiungere circa l'1% di test senza risultato da ripetere, per un totale di 91.237 beneficiari.

Pertanto, la stima dell'impatto complessivo, ottenuta moltiplicando i beneficiari per la tariffa, derivante dalla introduzione di questa nuova prestazione è di 34.670.060 euro (380 euro *91.237 beneficiari).

2) INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.

Il dispositivo intraorale di cui si tratta è indispensabile alla prevenzione di lesioni orali in pazienti con sindrome di Lesch-Nyhan (codice di esenzione RCG120); la prestazione prevede anche una visita specialistica di controllo e l'utilizzo di materiali specifici. La stima dei costi tiene in considerazione il tempo della visita specialistica, stimata pari a 20 minuti circa, per un costo valutato in 30 euro, l'utilizzo dei materiali adoperati durante la visita, stimabili intorno a 50 euro, il costo del manufatto pari a 120 euro e un *mark up* dei costi generali pari al 20%, compresa l'attività di counseling. Tale stima porta ad una tariffa pari a 240 euro. Pertanto, considerando in via prudenziale 40 potenziali pazienti, l'impatto complessivo è pari a 9.600 euro.

3) LUTEOTROPINA (LH) - Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)

La prestazione di Luteotropina, già presente nel dm 22 luglio 1996, viene reintrodotta nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ove non era stata inclusa per mera omissione. Dalle interlocuzioni con FISMELAB, è stata confermata l'equivalenza dei costi per entrambe le prestazioni, con una tariffa individuata per il calcolo d'impatto pari a € 6,20. Pertanto, l'impatto complessivo della reintroduzione della prestazione è stato calcolato moltiplicando la tariffa della Follitropina (€ 6,20), per le quantità erogate dalle Regioni per la prestazione.

Moltiplicando il valore tariffario (€ 6,20), per le quantità previste nel flusso TS pari a 619.392 prestazioni si ottiene un impatto di 3,84 milioni di euro che, al netto del ticket pagato dai cittadini stimato pari a 2,12 milioni di euro (55,1% del valore), produrrà un impatto per il SSN di 1,72 milioni di euro/anno.

4) APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo

Si tratta di una procedura precedentemente inclusa nella visita endocrinologica/diabetologica, che nella pratica medica è possibile eseguire distintamente dalla visita. La descrizione della nuova prestazione è stata espunta dalla visita endocrinologica/diabetologica 89.7A.8, ed è stata quindi inserita la nuova prestazione specifica 99.99.4 "APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo".

Un confronto con la Società Italiana di Diabetologia (SID) per il tramite della FISM, ha evidenziato che la prestazione che più si avvicina nei contenuti alla procedura di impianto del microinfusore, inclusiva della valutazione del paziente e dell'addestramento all'uso dello strumento, corrisponde a quella definita con il codice 967 nell'elenco delle procedure (ventilazione meccanica), il cui assorbimento di fattori produttivi è stato quantificato pari a 26 euro. Pertanto, la tariffa della nuova prestazione è stata definita di 26 euro per assimilazione.

Considerato che, sempre sulla base delle informazioni fornite dai diabetologi, il paziente viene incontrato in media cinque volte all'anno per l'esecuzione della procedura, è possibile impostare il riferimento di 5 sedute per paziente/anno, stimando la platea dei potenziali beneficiari candidati all'impianto in circa 10.000 per 5 sedute/anno, con un impatto totale pari a 1,3 milioni di euro.

5) DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA

Nel decreto ministeriale 22 luglio 1996 erano presenti sia la prestazione di elettrochirurgia, sia la prestazione di criochirurgia della palpebra. Per un mero errore materiale, nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 è presente la DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA, mentre non compare la prestazione di DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA che pertanto è reinserita dal presente decreto, contestualmente all'eliminazione della DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.

L'impatto sul SSN derivante dalla misura in questione è stato calcolato moltiplicando le quantità di prestazioni di Criochirurgia erogate dalle Regioni, in quanto le due prestazioni, derivanti dal dm 22 luglio 1996, hanno la stessa tariffa pari a 26,75 euro (vedi tabella successiva) calcolato come il rapporto tra l'impatto totale e la quantità di prestazioni erogate ($18.190/680=26,75$). Questa valorizzazione, al netto del ticket pagato dai cittadini, produrrà un impatto netto per il SSN di 14.300 euro, come si evince dalla tabella sottostante.

REGIONE	Qtà	VALORE	TICKET	IMPATTO
Piemonte	32	870 €	435 €	856 €
Lombardia	226	5.243 €	1.308 €	6.045 €
PA Trento	1	23 €	0 €	26 €
Veneto	64	1.571 €	541 €	1.712 €
Friuli Venezia Giulia	14	406 €	29 €	374 €
Liguria	1	27 €	16 €	26 €
Emilia Romagna	63	1.714 €	323 €	1.685 €
Toscana	81	1.863 €	487 €	2.166 €
Marche	25	680 €	245 €	668 €
Lazio	23	627 €	136 €	615 €
Abruzzo	40	1.090 €	0 €	1.070 €
Campania	3	82 €	5 €	80 €
Puglia	43	1.171 €	27 €	1.150 €
Basilicata	2	54 €	0 €	53 €
Calabria	1	27 €	0 €	27 €
Sicilia	59	1.607 €	82 €	1.578 €
Sardegna	2	45 €	23 €	54 €
	680	17.101 €	3.658 €	18.190 €
		ticket	21,4%	-3.891 €
Elaborazione dati TS 2019				14.300 €

6) TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE.

Si tratta dell'inserimento delle due nuove seguenti prestazioni:

93.82.4 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA

NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

93.82.5 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute

La tariffa è stata determinata per assimilazione, prendendo a riferimento rispettivamente le seguenti prestazioni già tariffate, di contenuto analogo:

- 93.82.1 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

- 93.82.2 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute

Pertanto le tariffe proposte per le prestazioni 93.82.4 e 93.82.5 sono rispettivamente pari a 4,4 euro e 1,75 euro.

Prendendo in considerazione i dati riferiti ai beneficiari, pari ad una platea di 14.406 casi secondo il dato più recente disponibile aggiornato al maggio 2018, contenuto nel parere fornito dal Centro di Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure (CNEC) dell'Istituto Superiore di sanità (ISS), la stima di impatto è pari a 63,4 mila euro per la prestazione 93.82.4 e 25,2 mila euro per la prestazione 93.82.5.

7) RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9

L'inserimento nell'allegato 4 riguarda la prestazione per l'identificazione delle varianti alleliche del gene CYP2C9 implicato nel metabolismo del farmaco Siponimod, unico farmaco approvato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attività infiammatoria. Come specificato nella scheda tecnica del prodotto, alla luce delle possibili reazioni avverse legate al profilo farmacogenetico del paziente, l'eleggibilità al trattamento è sottesa dall'esecuzione di un test diagnostico volto ad identificare varianti alleliche del gene CYP2C9 implicato nel metabolismo del farmaco.

La tariffa della prestazione (65 euro) è definita per associazione a prestazioni di analogo contenuto (codici G3.01, G3.02, G3.03) già incluse nell'allegato 4. I pazienti con sclerosi multipla sono circa 120.000 in Italia. Le linee guida indirizzano verso una stima del 15% di pazienti con sclerosi multipla secondariamente progressiva pari a circa 18.000 casi. L'impatto totale derivante sarebbe quindi pari a 1,17 milioni di euro.

8) ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA.

L'Elastografia transiente epatica può evitare il ricorso all'esame invasivo con la biopsia epatica nei pazienti con fibrosi avanzata e cirrosi. Infatti, tale procedura, oltre a non essere priva di complicanze associate, non è un esame dinamico dell'evoluzione della fibrosi e, anche a causa di potenziali errori di campionamento, soprattutto quando le lesioni sono di piccole dimensioni e frammentate, presenta il rischio di una ripetizione nel tempo, con conseguenti ricadute sia in termini di stress per il paziente, sia in termini di costi. Pertanto, per ragioni di appropriatezza, è stato disposto l'inserimento in allegato 4 della prestazione 88.74.B "ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO" con la relativa condizione di erogabilità: "*Esame di secondo livello per la diagnosi e/o il monitoraggio della fibrosi epatica e/o dell'ipertensione portale clinicamente significativa del paziente con epatopatia cronica avanzata o cirrosi epatica. Su indicazione specialistica*" (allegato 4 D).

Ai fini della definizione dell'impatto economico sono stati tenuti in considerazione i seguenti elementi:

- la condizione di erogabilità limita l'esecuzione della nuova prestazione ai soli pazienti con epatopatia cronica avanzata o cirrosi;
- i costi della biopsia epatica sono pari al doppio di quelli dell'elastografia.

Ai fini della determinazione della tariffa si è tenuto conto delle strutture in cui la tecnologia è già presente da

tempo e dove i volumi di attività sono sufficientemente ampi per tener conto di tutti gli aspetti legati ad una erogazione della prestazione a regime. I dati relativi al costo pieno della prestazione hanno permesso di determinare la tariffa in misura pari a 49,75 euro.

Secondo il parere del CNEC (18445 del 26/05/2023) *“allo stato attuale non esistono studi epidemiologici affidabili e rappresentativi della cirrosi epatica e dell’epatite cronica avanzata in Italia. I dati provenienti da altre realtà europee riportano una prevalenza di circa 0,3% di cirrosi del fegato nella popolazione generale. Riportando questo dato di prevalenza in Italia si stima che siano circa 180.000 casi con diagnosi di cirrosi. Questi dati spesso riportati non rappresentano stime attendibili di incidenza e di prevalenza nazionale di cirrosi del fegato in Italia. Ugualmente non ci sono dati di stima su epatite cronica avanzata in Italia”*.

Considerando per eccesso una stima di beneficiari di 180.000 casi, l'impatto è pari a 8,95 milioni di euro. A ciò si dovrebbero aggiungere i minori oneri per il SSN delle biopsie evitate ai pazienti inclusi nella condizione di erogabilità associata alla Elastografia, non calcolabili in quanto non è nota la quota di sostituzione della Elastografia alla biopsia epatica.

9) VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione

La conferma dell'infezione da Epatite delta si basa sul rilevamento dell'RNA HDV mediante RT-PCR quantitativo (reverse transcriptase-polymerase chain reaction) che, insieme ad un anticorpo anti-HDV positivo, consente di distinguere tra neo infezioni e infezioni croniche e di seguire la risposta al trattamento.

Secondo il parere del CNEC *“Stime molto recenti riportano un numero di 11.000 persone che vivono in Italia con epatite delta di cui circa 6.500-6.800 con infezione attiva (HDV RNA positivo)”*.

Si è considerata quindi una stima di 9.000 pazienti calcolata come media degli assistiti con infezione attiva (HDV RNA positivo) e quelli con malattia silente o non diagnosticata.

La tariffa è stata determinata per associazione al codice 91.19.4 "VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione" pari al valore di 49,75 euro. Considerando una media di 9.000 pazienti come media degli assistiti con infezione attiva (HDV RNA positivo) la stima di impatto totale potenziale è pari a 447.750 euro.

10)INSERIMENTO DI NUOVI GENI DI RIFERIMENTO secondo il concetto di azionabilità clinica per patologia tumorale maligna e livelli di evidenza.

L'indicazione di nuovi geni di riferimento, riportati nell'allegato B foglio B2 risponde all'esigenza di una profilazione genomica in oncologia con l'impiego di qualsiasi metodica di analisi genomica appropriata per la ricerca di mutazioni di specifici geni definiti "azionabili", ovvero associati a farmaci autorizzati all'immissione in commercio e dotati di evidenza scientifica di buon livello come documentata in scale e database di geni azionabili riconosciuti (scala ESCAT di ESMO, database OncoKB).

Nell'allegato B, foglio B2, i geni sono raccolti in due tipi di pannelli, distinti per grado di evidenza riguardo all'efficacia o alla sicurezza di impiego dei farmaci oncologici associati, ovvero: pannello standard di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna (con evidenza di grado maggiore: T1, T2 o R1); pannello allargato di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna (con evidenza di grado minore: T3, T4 o R2/R3).

Ai fini della determinazione dell'impatto economico-finanziario dei pannelli di geni azionabili è stato utilizzato il numero dei pazienti eleggibili, fornito dalla ConFederazione Oncologi Cardiologi Ematologi (FOCE). Per ogni tipo di neoplasia e di farmaco autorizzato è stata associata la tariffa massima, fino ad un gene, pari a 450 euro, fino a due geni 800 euro e da 3 a 14 geni 1.150 euro (tariffa massima presente nel DM 25 novembre 2024). La tabella seguente illustra il dettaglio del numero di pazienti atteso per anno, del tipo di pannello (standard o avanzato) e del numero massimo di geni presenti in tale pannello, della tariffa associata e dell'impatto finanziario (numero di pazienti attesi x tariffa), per ciascuna neoplasia e farmaco o insieme di farmaci autorizzati.

NEOPLASIA	FARMACI AUTORIZZATI	N massimo pazienti / anno	Pannello, N massimo geni	Tariffa associata	Impatto geni azionabili
Carcinoma a cellule squamose di testa e collo	pembrolizumab	4.000	Standard, 2	800	3.200.000 €
Carcinoma del colon-retto	cetuximab o cetuximab + chemioterapia o panitumumab o panitumumab + chemioterapia	10.000	Avanzato, 6	1150	11.500.000 €
	encorafenib + cetuximab o encorafenib + panitumumab	2.600	Avanzato, 6	1150	2.990.000 €
	pembrolizumab o ipilimumab + nivolumab o nivolumab o cemiplimab	1.800	Avanzato, 6	1150	2.070.000 €
Carcinoma esofago-gastrico	trastuzumab o trastuzumab con pembrolizumab e chemioterapia	1.000	Avanzato, 1	450	450.000 €
Carcinoma gastrico	trastuzumab	900	Avanzato, 1	450	405.000 €
Carcinoma mammario	alpelisib	50	Standard, 3	1150	57.500 €
	pertuzumab	1.800	Standard, 3	1150	2.070.000 €
	trastuzumab emtansine	600	Standard, 3	1150	690.000 €
	talazoparib	130	Standard, 3	1150	149.500 €
	olaparib	220	Standard, 3	1150	253.000 €
	tucatinib	500	Standard, 3	1150	575.000 €
Carcinoma ovarico	bevacizumab	1.250	Standard, 2	800	1.000.000 €
	niraparib, olaparib, rucaparib	1.250	Standard, 2	800	1.000.000 €
	olaparib	1.000	Standard, 2	800	800.000 €
Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	afatinib	100	Avanzato,13	1150	115.000 €
	alectinib o brigatinib o ceritinib o crizotinib	820	Standard, 13	1150	943.000 €
	amivantamab	280	Standard, 13	1150	322.000 €
	ceritinib o lorlatinib	700	Standard, 13	1150	805.000 €
	crizotinib o entrectinib o tepotinib	280	Standard, 13	1150	322.000 €
	erlotinib o gefitinib o afatinib o osimertinib	2.650	Standard, 13	1150	3.047.500 €
	lorlatinib	ND	Standard, 13	1150	0 €
	pembrolizumab o nivolumab o cemiplimab	10.000	Standard, 13	1150	11.500.000 €
	pralsetinib o selpercatinib	350	Standard, 13	1150	402.500 €
tepotinib + capmatinib	565	Standard, 13	1150	649.750 €	
Carcinoma prostatico	olaparib	400	Standard, 14	1150	460.000 €
Carcinoma renale	cemiplimab	ND	Standard, 4	1150	0 €
	everolimus	ND	Standard, 4	1150	0 €
	pembrolizumab- nivolumab +/- ipilimumab	5.000	Standard, 4	1150	5.750.000 €
	temsirolimus	ND	Standard, 4	1150	0 €
Carcinoma midollare della tiroide	selpercatinib	50	Standard, 1	450	22.500 €

Carcinomi cutanei spinocellulari o basocellulari	cemiplimab	450	Avanzato, 1	450	202.500 €
Colangiocarcinoma	pemigatinib	140	Standard, 1	450	63.000 €
Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)	dasatinib	800	Standard, 1	450	360.000 €
	ponatinib	400	Standard, 1	450	180.000 €
Linfoma mantellare	ibrutinib	1.000	Standard, 1	450	450.000 €
Leucemia Linfocitica Cronica (LLC)	ibrutinib, acalabrutinib, venetoclax	6.500	Avanzato, 1	450	2.925.000 €
Leucemia mieloide acuta (LMA)	gilteritinib, glasdegib, midostaurina, venetoclax, quizartinib, ivosidenib	1.500	Standard, 1	450	675.000 €
Leucemia Mieloide Cronica (LMC)	bosutinib o dasatinib o nilotinib o ponatinib	1.800	Standard, 1	450	810.000 €
Linfoma anaplastico	crizotinib	50	Standard, 1	450	22.500 €
Melanoma	dabrafenib + trametinib / encorafenib + binimetinib / vemurafenib + cobimetinib	1.750	Standard, 2	800	1.400.000 €
	pembrolizumab- nivolumab +/- ipilimumab	3.000	Standard, 2	800	2.400.000 €
	imatinib	70	Standard, 2	800	56.000 €
Mesotelioma pleurico	nivolumab/ipilimumab	300	Avanzato, 1	450	135.000 €
Tumori stromali gastrointestinali (GIST)	imatinib, regorafenib, sunitinib	650	Standard, 2	800	520.000 €
PANNELLO STANDARD					40.955.750 €
PANNELLO AVANZATO					20.792.500 €
COMPLESSIVO TEORICO					61.748.250 €

L'erogazione di prestazioni di genetica con 6 geni, tra tutti quelli ora inseriti nei pannelli standard o avanzato di geni azionabili, è stata rilevata nei dati della regione Lombardia nel flusso Tessera Sanitaria (TS) nell'anno 2022, e precisamente per le seguenti prestazioni (codice e denominazione impiegati da Regione Lombardia): 912A1 - MUTAZIONE DI KRAS, 912A2 - MUTAZIONE DI BRAF, 912A3 - MUTAZIONE DI PIK3CA, 912A4 - MUTAZIONE DI PDGFRA, 912A5 - MUTAZIONE DI C-KIT, 912A6 - MUTAZIONE DI EGFR. Tutti questi geni sono indicati nel pannello standard per vari tumori, e il gene EGFR è indicato anche nel pannello avanzato per il carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC). Nel flusso TS non risultano codifiche regionali direttamente riconducibili all'erogazione di prestazioni per l'analisi di questi, o di altri, geni da parte di altre Regioni, che per le prestazioni di genetica molecolare utilizzano insiemi di altri codici localmente definiti, anche senza la precisazione del gene indagato. Assumendo comunque che l'intensità di erogazione di prestazioni eseguite per la diagnostica di tali 6 geni nel 2022 sia di livello analogo a quanto documentato dalla regione Lombardia, il derivante impatto complessivo associato all'introduzione dei due pannelli standard e avanzato è stato poi ulteriormente raffinato, riproporzionando alla scala nazionale il valore associato al numero di prestazioni documentate in regione Lombardia nel flusso TS (NB: tali prestazioni non sono puntualmente e distintamente rilevabili dal flusso TS per tutte le Regioni, le cui codifiche non identificano gli specifici geni) e ottenendo la stima corretta alla luce dell'attuale livello di erogazione di prestazioni riconducibili ai due pannelli. Pertanto, alla stima complessiva è stata sottratta la stima per l'erogazione in tutte le regioni di tali prestazioni per i 6 geni, come di seguito:

COMPLESSIVO TEORICO	61.748.250 €
Spesa riscontrata in Lombardia per 6 geni e riproporzionata in tutte le regioni	19.678.921,26 €

IMPATTO ATTESO COMPLESSIVO NETTO	42.069.328,74 €
Di cui per il pannello standard	28.484.599,56
Di cui per il pannello allargato	13.584.729,18

11) DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (PROTEASI CLIVANTE IL FATTORE VON WILLEBRAND)

Si tratta dell'inserimento tra le prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale (allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017) del dosaggio dell'enzima ADAMTS13, una proteasi clivante il fattore von Willebrand (VWF), fondamentale sia nella fase diagnostica della Porpora Trombotica Trombocitopenica, sia nel suo monitoraggio. Per la stima dei beneficiari è necessario riferirsi sia alla stima dei casi prevalenti, sia a quella dei casi incidenti in quanto i casi prevalenti già diagnosticati necessitano di 2 prestazioni all'anno per il monitoraggio (18.000 casi) mentre nei nuovi casi incidenti, secondo le linee guida si potrebbe avere la necessità di ricorrere alla prestazione 6-7 volte per la fase diagnostica (200 nuovi casi ogni anno). Dall'analisi dei nomenclatori tariffari regionali, è stato possibile verificare che la prestazione viene erogata e tariffata in 3 Regioni:

- Liguria (cod. 90.53.2) = 42,81 euro;
- Toscana (cod. 91.64.1) = 41 euro;
- Veneto = 78,9 euro.

Tra queste, è stata presa a riferimento l'unica tariffa (di 78,9 euro) che risulta costruita mediante l'analisi dei costi e anche più vicina rispetto al contenuto descrittivo della prestazione, definita dalla Regione Veneto.

Per la stima di impatto, tenuto conto che i prevalenti sono stimati pari a 18.000 casi e svolgono 2 prestazioni l'anno l'impatto sarebbe pari a $(18.000 \times 2 \times 78,9) = 2.840.400$. Si aggiunge la stima media annua di 200 nuovi casi (pazienti incidenti) con 6-7 prestazioni annue (media 6,5), pari a $(200 \times 6,5 \times 78,9) = 102.570$, per un totale complessivo di 2.942.970 euro.

12) PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.

La popolazione eleggibile al test per la rilevazione dell'espressione di PD-L1 comprende circa 1.485 pazienti distribuiti nel territorio nazionale. L'impatto stimato annuale, alla luce di quanto richiesto per la cifra di remunerazione consona alla prestazione di Anatomia Patologica (222€/prestazione), pertanto ammonta a 329.600 euro.

Il foglio B1 dell'allegato B modifica la definizione della prestazione 89.7A.8 "PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute" escludendo l'applicazione del microinfusore sottocute, oggetto di una distinta prestazione per le motivazioni già espresse in questa stessa relazione.

Il foglio B2 dell'allegato B inserisce nell'allegato 4 GENETICA COLONNA "E" (Anatomia patologica) un nuovo gene di riferimento da indagare (BRAF) per il Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), ampliando al NSCLC le condizioni di erogabilità di una prestazione già inclusa in allegato 4 (stato mutazionale BRAF 91.60.6). Sulla base dei dati dell'Associazione italiana Registri Tumori (AIRTUM) si stimano circa 20.000 pazienti con carcinoma polmonare, l'85% dei quali con NSCLC e il 2% di quest'ultimi con mutazione BRAF. Considerando che la tariffa già definita del codice 91.60.6 è pari a 151,3 euro, si stima un impatto complessivo di 2,57 milioni di euro, ottenuto moltiplicando $151,3 \times 17.000$ (85% di 20.000).

Il foglio B3 dell'allegato B inserisce nell'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 le CONDIZIONI DI EROGABILITA' relative alle prestazioni di nuovo inserimento (es. test NIPT, Dispositivo intraorale, elastografia) allo scopo di garantire l'appropriata prescrizione ed erogazione delle prestazioni, indicando la

tipologia di pazienti destinatari. Il foglio B4 dell'allegato B modifica il contenuto di note dell'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 già esistenti.

I codici proposti potrebbero essere oggetto di modifiche a seguito del confronto in CSR per ragioni tecnico informatiche.

Art. 4 (Assistenza protesica)

L'articolo comprende le modifiche all'Allegato 5 al dPCM 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato C al presente dPCM che comportano l'inserimento di nuovi ausili su misura (elenco 1), relativi alla classe 06 "Ortesi e protesi", con la relativa tariffa. Si tratta, sostanzialmente, di ausili reinseriti per i quali esiste una corrispondenza con i codici del dm n. 332/1999. Il relativo impatto complessivo per il SSN è quantificato in 402.181 euro.

Nello specifico, si è proceduto a valorizzare le tariffe del dm n. 332/1999 relative alle prestazioni, incrementate del 9% ai sensi dell'art.1, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n.244. per i volumi 2015 disponibili presso 10 regioni campione (ultimo dato messo a disposizione da parte delle regioni rispondenti ad una apposita rilevazione).

Per i dettagli di calcolo dell'impatto si rimanda al seguente prospetto riepilogativo.

ASSISTENZA PROTESICA - ELENCO NUOVI AUSILI DA TARIFFARE									
PROPOSTA AGGIORNAMENTO LEA 2019									
INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 1									
Classe 06 "Ortesi e protesi"									
Aggiuntivi prescrivibili per protesi funzionali ad energia corporea - dopo il codice 06.18.91.318 inserire:		corrispondenza codice 332	Denominazione	tariffa da 332/99 in lire	tariffa da 332/99 in euro	tariffa da 332/99 in euro + 9%	Volumi 2015 (10 regioni)	Valore	Proposta tariffaria
06.18.91.3	gancio funzionale con attacco standard in lega leggera, con polso predisposto per l'intercambiabilità	06.18.15.163	Gancio funzionale con attacco tipo standard in lega leggera	866.800	447,66	487,95	10	4.880	488
06.18.91.3	gancio funzionale con attacco per lavoro pesante in acciaio, con polso predisposto per l'intercambiabilità	06.18.15.166	Gancio funzionale con attacco tipo per lavoro pesante in acciaio	1.807.000	933,24	1.017,23	5	5.086	1.017
Riparazioni prescrivibili per protesi funzionali a energia corporea - Moltiplicatore di ampiezza per l'articolazione del gomito - dopo il codice 06.18.92.438 inserire:									
06.18.92.4	sostituzione gancio funzionale standard in lega leggera con attacco	06.18.15.805	Gancio funzionale con attacco: - tipo standard in lega leggera	866.800	447,66	487,95	-	-	488
06.18.92.4	sostituzione gancio funzionale per lavoro pesante in acciaio con attacco	06.18.15.808	Gancio funzionale con attacco: - tipo per lavoro pesante in acciaio	1.807.000	933,24	1.017,23	-	-	1.017
06.18.92.4	elastico per chiusura n. 5 pezzi	06.18.15.814	elastico per chiusura n. 5 pezzi	29.500	15,24	16,61	-	-	17
06.18.92.4	molla semplice per chiusura	06.18.15.817	molla semplice per chiusura	18.400	9,50	10,36	-	-	10
06.18.92.4	molla doppia per chiusura	06.18.15.820	molla doppia per chiusura	21.400	11,05	12,05	-	-	12
06.18.92.4	rivestimento ganasce n. 10 pezzi	06.18.15.823	rivestimento ganasce n. 10 pezzi	98.000	50,61	55,17	-	-	55
06.18.92.4	polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio	06.18.15.880	Polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio	529.500	273,46	298,08	1	298	298
Riparazioni prescrivibili per protesi per disarticolazione di ginocchio - dopo il codice 06.24.92.424 inserire:									
6.24.92.42	rifacimento invasatura flessibile per protesi per disarticolazione di ginocchio con telaio a sostegno aperto e attacco di collegamento all'invasatura	06.24.21.659	Attacco: - di collegamento all'invasatura	207.100	106,96	116,58	149	17.371	117
		06.24.21.701	Invasatura con base di collegamento, il tutto laminato, su calco di gesso negativo e positivo: a tenuta pneumatica	1.001.400	517,18	563,73	220	124.020	564
		06.24.21.704	Invasatura con base di collegamento, il tutto laminato, su calco di gesso negativo e positivo: ad aderenza totale	1.001.400	517,18	563,73	312	175.883	564
		06.24.21.707	Invasatura con base di collegamento, il tutto laminato, su calco di gesso negativo e positivo: per deformità congenita o acquisita	1.183.700	611,33	666,35	6	3.998	666
6.24.92.43	sostituzione ginocchio polifunzionale policentrico a controllo pneumatico o idraulico, in fibra di carbonio	06.24.21.761	Ginocchio completo di appendici di attacco in lega di titanio: disarticolazione di ginocchio	2.080.500	1.074,49	1.171,19	1	1.171	1.171
								402.181	

Le tariffe nel prospetto di seguito sintetizzate:

CODICE	DESCRIZIONE	Valore tariffario
06.18.91.321	gancio funzionale con attacco standard in lega leggera, con polso predisposto per l'intercambiabilità	488,00 €
06.18.91.324	gancio funzionale con attacco per lavoro pesante in acciaio, con polso predisposto per l'intercambiabilità	1.017,00 €
06.18.92.441	sostituzione gancio funzionale standard in lega leggera con attacco	488,00 €
06.18.92.444	sostituzione gancio funzionale per lavoro pesante in acciaio con attacco	1.017,00 €
06.18.92.447	elastico per chiusura n. 5 pezzi	17,00 €
06.18.92.450	molla semplice per chiusura	10,00 €
06.18.92.453	molla doppia per chiusura	12,00 €
06.18.92.456	rivestimento ganasce n. 10 pezzi	55,00 €
06.18.92.459	polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio	298,00 €
06.24.92.427	rifacimento invasatura flessibile per protesi per disarticolazione di ginocchio con telaio a sostegno aperto e attacco di collegamento all'invasatura	468,00 €
06.24.92.430	sostituzione ginocchio polifunzionale policentrico a controllo pneumatico o idraulico, in fibra di carbonio	1.171,00 €

La tariffa associata alla prestazione di cui al codice 06.24.92.427 corrisponde alla media pesata delle tariffe delle quattro prestazioni corrispondenti.

Si inseriscono, inoltre, nuovi ausili di serie pronti all'uso (elenco 2B) relativi alla classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione" per i quali, essendo prevista la modalità di erogazione mediante gara ad evidenza pubblica, non è, ovviamente, richiesta la definizione della tariffa.

I codici proposti potrebbero essere oggetto di modifiche a seguito del confronto in CSR per ragioni tecnico informatiche.

Art. 5

(Esenzione per malattie croniche e invalidanti)

L'articolo comprende le modifiche dell'Allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato D nei fogli D, D1, D2, D3 e D4 al presente dPCM.

In particolare:

-sono individuate le tre nuove malattie croniche ed invalidanti esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni di seguito elencate, con l'indicazione, per ciascuna, della durata minima dell'attestato di esenzione ai sensi del dm 23.11.2012:

068 - SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82). Durata minima dell'attestato di esenzione 2 anni

069 - IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley). Durata illimitata dell'attestato di esenzione

070 - MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI. Durata minima dell'attestato di esenzione 2 anni

- È modificata la tabella di corrispondenza (allegato 8 dPCM 12 gennaio 2017) comprendente le codifiche ICD9-CM delle tre nuove malattie esenti, indispensabili per la corretta attribuzione dell'esenzione e del relativo attestato.

- Sono individuate le prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale concesse in esenzione per le tre patologie di cui sopra, con l'indicazione della frequenza massima di prescrizione in esenzione di ciascuna di esse.

- Sono integrati gli elenchi delle prestazioni per malattie già esenti (005 - ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA; 009 - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN; 044 - PSICOSI; 007 - ASMA) con l'indicazione della frequenza massima di prescrizione in esenzione di ciascuna nuova prestazione.

Valutazione dell'impatto economico

068 - SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)

Sulla base della stratificazione operata dalla Società Italiana di reumatologia (SIR) (*Salaffi F. et al: Definition of Fibromyalgia Severity: findings from a cross-sectional survey of 2,339 Italian patients Rheumatology (Oxford). 2021 Feb 1;60 (2):728-736*) a seguito della richiesta da parte della precedente Commissione LEA, di stratificazione dei pazienti affetti, le forme "molto severe" sarebbero pari al 16.2% dei pazienti arruolati. Considerando un numero di pazienti affetti intorno ai 900.000 totali, come indicato da un parere della I Sezione del Consiglio superiore di sanità (CSS), è possibile stimare un numero di esenzioni limitato alle sole forme cliniche "molto severe", caratterizzate da un FIQR > 82, intorno a 150.000. Considerando le prestazioni concesse in esenzione e la frequenza massima delle loro prescrizioni, l'impatto totale in termini di mancato introito da ticket è pari a 10.792.500 euro, come indicato nella tabella successiva.

Ricette	valore ticket	Beneficiari	Frequenza annua	impatto mancato introito da ticket
visite di controllo	17,9	150.000	1,00	2.685.000
Rieducazione motoria (10 sedute)	36,15	150.000	1,00	5.422.500
Visita controllo psichiatrica	17,9	150.000	1,00	2.685.000
Impatto totale				10.792.500

069 - IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley)

L'esenzione riguarda esclusivamente le forme cliniche allo stadio III di Hurley gravi ed invalidanti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, stimate in 6713 casi sulla base delle indicazioni fornite dal CNEC dell'ISS. L'impatto totale in termini di mancato introito da ticket è calcolato considerando prudenzialmente che le prestazioni concesse in esenzione siano prescritte fino alla concorrenza massima del ticket, complessivamente pari a 603.163,05 euro.

ricette	valore ticket	Beneficiari	Frequenza annua	impatto mancato introito da ticket
visite di controllo	17,9	6.713	3,00	360.488,1
96.59.1 OPPURE 96.59.2	36,15	6.713	1,00	242.674,95
Impatto totale				603.163,05

70 - MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI

Per la valutazione di impatto dei costi sul SSN, si è fatto riferimento al Registro IRENE (*Network Italian Registry of Pulmonary Non Tuberculous Mycobacteria www.registroirene.it*), che raccoglie in maniera prospettica i dati relativi a pazienti affetti da malattia polmonare da micobatteri non tubercolari, attualmente composto da circa 70 centri di Pneumologia, Malattie Infettive, Fibrosi Cistica ed ex dispensari della tubercolosi sparsi su tutte le Regioni italiane.

Di seguito la tabella riepilogativa con i dati alla base della quantificazione per paziente/anno per tutte le prestazioni concesse in esenzione e la frequenza massima di prescrivibilità (x 2/anno).

A livello nazionale, si stimano 740 casi con diagnosi di malattia polmonare da micobatteri non tubercolari (fonte Registro Irene sito, giugno 2021). Per tutti questi pazienti, l'impatto totale in termini di mancato introito da ticket, come si evince dalla tabella sottostante, è pari a 325.082 euro.

ricette	valore ticket	beneficiari	Frequenza annua	impatto mancato introito da ticket
3 visite di controllo	53,7	740	2	79.476
8+8 esami di laboratorio	72,3	740	2	107.004,00
2 esami diagnostica per immagini (TC torace + agobiopsia linfonodale)	36,15	740	2	53.502,00
2 esami pneumologia (spirometria + prelievo bronchiale)	36,15	740	2	53.502,00
ECCG	11,6	740	2	17.168
esame audiometrico	9,75	740	2	14.430
Impatto totale				325.082

005 - ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA

La modifica consiste in una implementazione delle prestazioni già in esenzione per Anoressia e Bulimia (codice esenzione 005) con l'inserimento delle prestazioni di seguito riportate:

88.72.3 "ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)"; 90.04.5 "ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)"; 90.05.1 "ALBUMINA"; 90.09.2 "ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)"; 90.10.5 "BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta"; 90.11.4 "CALCIO TOTALE"; 90.14.1 "COLESTEROLO HDL"; 90.14.3 "COLESTEROLO TOTALE"; 90.22.3 "FERRITINA"; 90.24.3 "FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)"; 90.32.5 "MAGNESIO TOTALE"; 90.43.2 "TRIGLICERIDI"; 93.82.4 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute"; 93.82.5 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute"; 94.08.3 "SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA"; 89.65.1 "EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina".

Tra queste, sono concesse in esenzione anche 2 nuove prestazioni che il presente dPCM include nell'allegato 4:

- 93.82.4 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute"
- 93.82.5 "TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute"

Per la valutazione di impatto, si è fatto riferimento al parere del CNEC/ISS del 4 novembre 2021 che ha consentito le seguenti valutazioni:

1. in merito alla potenziale platea degli assistiti beneficiari, si è fatto ricorso alla numerosità dei pazienti con codice di esenzione "0051/0055-Anoressia nervosa, bulimia attiva" che ammonta a 14.406 casi secondo il dato più aggiornato disponibile al maggio 2018 e fornito da tutte le Regioni tranne il Veneto;
2. la appropriata frequenza annuale di erogazione delle prestazioni indicate per il relativo numero di beneficiari.

I dati, forniti dal CNEC, sulla base delle tariffe medie regionali, consentono una stima di mancato introito da ticket che comporta un totale di 76 euro/anno/paziente. Moltiplicando tale stima per i 14.406 pazienti l'impatto derivante risulta pari a circa 1.094.856 euro/anno di mancato introito da ticket.

009 - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN

La modifica consiste nella concessione in esenzione delle seguenti sei ulteriori prestazioni finalizzate al monitoraggio della malattia in corso di terapia con farmaci biologici:

89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA; 90.99.1 MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]; 91.18.6 VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5; 91.19.5 VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F; 91.23.F VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV - 2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F; 92.12.3 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco

Il parere del CNEC/ISS del 09/07/2021 stima il numero di pazienti affetti da MICI che utilizzano farmaci biologici in un numero oscillante fra 21.890 e 27.625, che sale fino a 95.260 se si considerano i pazienti "undertreated". La stima di 95.260 beneficiari rappresenta un target massimo e potrebbe essere rivisto al ribasso poichè alcuni pazienti, affetti da MICI, potrebbero avere altre forme di benefici (es. invalidità civile) che prevedono quindi già l'esenzione del ticket. Sulla base di tali informazioni si può verosimilmente stimare un numero attendibile di beneficiari interessati pari a circa la metà del massimo stimato (95.260) pari a circa 47.880 beneficiari.

Ai fini della stima di impatto economico si è proceduto a calcolare:

1) La stima del mancato introito dal ticket per paziente, in termini di numero di ricette necessarie alla copertura delle nuove prestazioni esenti. Ogni controllo prevede almeno due prescrizioni:

- a) Prescrizione prestazioni di laboratorio (con ticket massimo) 36,15 € per 2 volte all'anno (uno prima della terapia e l'altro di controllo) per un totale di 72,3 €/paziente;
- b) il costo dell'ECG (ticket minimo) 11,6 € per 2 volte all'anno (uno prima della terapia e l'altro di controllo) per un totale di 23,2 €/paziente.

Il totale complessivo all'anno per paziente è pari a 95,5 euro.

Pertanto, considerando sia l'importo di 95,5 €/paziente/anno sia il numero sopra stimato dei potenziali beneficiari (47.880), su cui si fonda l'impatto, il totale risulta pari a **4.572.480 euro/anno** (stima 1).

Nel 2023 è stato approvato l'inserimento di ulteriori prestazioni per il monitoraggio della malattia e prevenzione delle complicanze, contestualmente all'eliminazione di prestazioni desuete riportate nella tabella seguente:

Prestazioni da inserire in esenzione	Frequenza annuale	Percentuale di beneficiari sul codice 009	N° pazienti con esenzione 009 (media 2019-2021)	Tetto ticket	Beneficiari	Impatto economico/anno
88.79.8 ECOGRAFIA TRANSRETTALE.	1	3%	111.219,00	36,15	3.336,60	120.618,09

90.12.A CALPROTECTINA FECALE	1	100%	111.219,00	16,23	111.219,00	1.773.943,05
88.97.C RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO.	0,33	40%	111.219,00	36,15	44.487,60	536.075,58
88.95.2 RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC.	0,33	40%	111.219,00	36,15	44.487,60	536.075,58
88.95.5 RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC.	1	10%	111.219,00	36,15	11.121,90	402.056,69
88.01.6 OPPURE 88.01.8	0,33	5%	111.219,00	36,15	5.561,00	67.010,05
Totale						3.435.779,04
Prestazioni da espungere in esenzione			N° pazienti con esenzione 009 (media 2019- 2021)	Tetto ticket	Beneficiari	Impatto economico/anno
90.06.1 ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	0,33	100%	111.219,00	6,31	111.219,00	194.522,03
87.65.2 CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC	0,33	5%	111.219,00	36,15	5.561,00	67.010,05
87.65.3 CLISMA DEL TENUO CON DOPPIO MDC	0,33	5%	111.219,00	36,15	5.561,00	67.010,05
88.99.8 DENSITOMETRIA OSSEA - DXA ULTRADISTALE	0,33	0%	111.219,00	34,1	-	
88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. *	0,33	3%	111.219,00	36,15	3.336,60	40.206,03
						368.748,16
Netto						3.067.030,88

*Come indicato nel foglio D3 dell'allegato D al presente decreto la prestazione 88.76.1 è posta in alternativa alla prestazione 88.79.K (nell'allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 sono in esenzione distintamente). Porle in alternativa equivale, da un punto di vista economico, ad un risparmio per il SSN.

Ai fini della determinazione degli assistiti oggetto dell'integrazione, si è analizzata la serie storica relativa alle annualità 2019-2021 del numero degli assistiti con codice di esenzione 009 che hanno avuto in dette annualità almeno una prestazione. Gli assistiti sono risultati pari rispettivamente a: 114.933 (2019), 102.772 (2020), 115.951 (2021) con una media/anno di 111.219 assistiti.

Il calcolo dell'impatto economico ha tenuto conto delle indicazioni della società scientifica "Gruppo Italiano per lo studio delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (IGBD) investita dalla sottocommissione di fornire informazioni in merito alla stima dei beneficiari delle prestazioni richieste e la relativa frequenza

annuale di erogazione. Utilizzando questi dati è stato calcolato l'impatto economico derivante dall'inserimento di ogni prestazione e l'impatto totale pari a 3.467.087,18 euro, a cui è stato sottratto l'importo derivante dall'eliminazione delle prestazioni "90.06.1; 87.65.2; 87.65.3; 88.76.1;". Pertanto, la stima di maggiore spesa a carico della finanza pubblica derivante dalla presente proposta è pari a **3.067.030,88** euro (*stima 2*).

Sommando la *stima 1* (**4.572.480 euro/anno**) e la *stima 2* (**3.067.030,88**) il mancato introito da ticket complessivo è pari **7.639.510,88** euro.

007-ASMA

Per la malattia Asma (codice di esenzione 007) sono inserite in esenzione, per i soli assistiti con asma grave come definito nell'adattamento italiano alle Linee guida della *Global Initiative for Asthma* (GINA) le prestazioni 93.99.4 "MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO", 90.68.3 "IgE TOTALI" e 89.65.5 "MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA".

Il test per la misura dell'Ossido nitrico esalato (FeNo) risulta utile nella valutazione del fenotipo di asma grave e può guidare nella scelta terapeutica insieme ad altri dati clinici; il dosaggio delle IgE risulta invece utile nella scelta di alcuni farmaci biologici (gli anti-IgE) e nella relativa dose.

La misurazione della saturazione arteriosa è necessaria al corretto monitoraggio della malattia.

Ai fini della valutazione di impatto della misura in questione, dall'analisi della letteratura scientifica disponibile si evidenzia che la prevalenza di pazienti con asma grave in Italia (trattamento con gli Step GINA 4-5 + scarso controllo dei sintomi + buona aderenza e tecnica inalatoria) si attesta in una percentuale variabile tra il 3,7% e il 10% (linee guida GINA 2019 e Bagnasco et. al, 2021): si considera in via prudenziale una stima del 7%.

Si è proceduto a richiedere alla DGSIS, competente per materia, la serie storica relativa alle annualità 2019-2021 del numero degli assistiti con codice di esenzione 007 che hanno avuto in dette annualità almeno una prestazione. Gli assistiti con asma (codice 007) sono risultati essere rispettivamente: 273.593; 204.328; 239.608 con una media/anno di 239.176 assistiti. La stima sopramenzionata del 7% di assistiti con asma grave sul totale di 239.176 corrisponde a 16.742 assistiti con asma grave.

La valutazione economica si basa sulle tariffe di 23,20 euro e di 6,6 euro delle rispettive prestazioni "93.99.4 MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO" e "90.68.3 IgE TOTALI". L'impatto economico derivante dall'inserimento è di circa 29,8 euro/paziente per i soli pazienti con asma grave, che, con frequenza di esecuzione massima ogni 6 mesi corrisponde a 59,6 euro/paziente, per un totale di 997.823,2 euro. La prestazione 89.65.5 "MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA" è stata spostata tra le prestazioni in esenzione da tutti gli assistiti con codice 007 ai soli assistiti con asma grave determinando quindi un risparmio per il SSN.

Ricette	tariffa	beneficiari	frequenza annua	impatto mancato introito da ticket
93.99.4 MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	23,20	16.742	2,00	776.828,8
90.68.3 IgE TOTALI	6,6	16.742	2,00	220.994,4
Impatto totale				997.823,2

008 - CIRROSI EPATICA CIRROSI BILIARE, 016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)

Per cirrosi epatica, cirrosi biliare (codice 008) **la prestazione di nuovo inserimento nel dPCM:** "Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO" con condizione di erogabilità nota 111, può essere prescritta in alternativa alla "ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE" di analogo valore tariffario.

Per l'epatite cronica (attiva) (codice 016) **la prestazione di nuovo inserimento nel dPCM:** "Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1

ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO” con condizione di erogabilità nota 111 può essere prescritta in alternativa alla “ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE” di analogo valore tariffario.

L’inserimento in allegato 8 di una prestazione in esenzione posta in alternativa ad un altro esame di analogo valore tariffario non comporta ulteriori aggravii di spesa per il SSN. L’impatto complessivo della misura si limita a quello già calcolato per il suo inserimento come nuova prestazione del SSN, mentre è ininfluente dal punto di vista dell’esenzione. Tuttavia, dal momento che la “Elastografia transiente epatica non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE 88.74.1 e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO”, è una nuova prestazione del SSN, anche l’inserimento in esenzione deve essere contemplato nel presente decreto.

044 – PSICOSI

La revisione dell’elenco delle prestazioni erogabili in esenzione per gli assistiti affetti da Psicosi (codice 044), prevede l’inserimento di prestazioni di laboratorio necessarie per la valutazione dell’assetto metabolico (glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi), della funzionalità renale (creatinina, urea), della funzionalità epatica (AST, ALT, Gamma GT), della ionemia (sodio, potassio, magnesio totale, calcio totale) e della funzionalità tiroidea.

Nello specifico, la proposta di aggiornamento riguarda l’inserimento delle seguenti prestazioni: 90.09.2 “ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)”;

90.04.5 “ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)”;

90.11.4 “CALCIO TOTALE”;

90.14.1 “COLESTEROLO HDL”;

90.14.3 “COLESTEROLO TOTALE”;

90.16.3 “CREATININA. Non associabile a 90.16.4”;

90.25.5 “GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)”;

90.27.1 “GLUCOSIO”;

90.37.4 “POTASSIO”;

90.40.4 “SODIO”;

90.43.2 “TRIGLICERIDI”;

90.44.1 “UREA”;

90.54.4 “ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)”*;

90.51.4 “ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)”*;

88.71.4 “DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, 88.71.4 paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7”*.

*NOTA: limitatamente al monitoraggio della terapia con litio.

Per stimare i pazienti con “Psicosi” (044), in assenza dell’anagrafica nazionale delle esenzioni, è stato utilizzato un estratto campionario, rappresentativo degli assistiti della popolazione nazionale e significativo a livello statistico, derivante dal Flusso ex art. 50 del decreto legge n. 269/2003 (Flusso TS) del 2019 che considera le ricette mediche, sia farmaceutiche, sia di specialistica ambulatoriale. Trattandosi di un campione, le numerosità di seguito riportate sono state proporzionate su scala nazionale.

Gli assistiti con codice esenzione 044 risultanti dal flusso TS sono 118.251. È stato successivamente analizzato il dettaglio di coloro che assumono farmaci antipsicotici e con Litio allo scopo di individuare gli assistiti in cura presso il SSN.

Il livello di dettaglio relativo agli individui che assumono farmaci antipsicotici e con Litio è il seguente:

1. 36.638 assistiti con esenzione “Psicosi” che assumono farmaci antipsicotici:
 - “Fenotiazine con catena laterale alifatica” (codifiche che iniziano per N05AA);
 - “Fenotiazine con struttura piperazinica” (codifiche che iniziano per N05AB);
 - “Fenotiazine con struttura piperidinica” (codifiche che iniziano per N05AC);
 - “Derivati del butirrofenone” (codifiche che iniziano per N05AD);
 - “Diazepine, ossazepine, tiazepine e ossepine” (codifiche che iniziano per N05AH);
 - “Benzamidi” (codifiche che iniziano per N05AL);
 - “Altri antipsicotici” (codifiche che iniziano per N05AX).

2. 15.042 assistiti con esenzione “Psicosi” che assumono il “Litio” (codifiche che iniziano per N05AN).

Si tratta pertanto di un totale pari a 51.680 persone. L’impatto complessivo è stato quindi calcolato, partendo

dalle prestazioni da inserire e/o eliminare, moltiplicate per il relativo valore ticket, i relativi beneficiari e la frequenza annua delle prestazioni. Il valore complessivo così risultante è pari a 1.720.224 euro.

Di seguito la tabella analitica, contenente i dettagli di calcolo:

CODICE NN	DESCR PREST	tariffa	beneficiari	Frequenza annua
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	28,4	15.042	1,00
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	1	36.638	2,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	1,05	36.638	2,00
90.14.1	COLESTEROLO HDL	1,8	36.638	2,00
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1,8	36.638	2,00
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	1,1	36.638	2,00
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	1,15	36.638	2,00
90.27.1	GLUCOSIO	1	36.638	2,00
90.37.4	POTASSIO	1,25	36.638	2,00
90.40.4	SODIO	0,85	36.638	2,00
90.43.2	TRIGLICERIDI	1,1	36.638	2,00
90.44.1	UREA	1,10	36.638	2,00
90.11.4	CALCIO TOTALE	1,1	36.638	2,00
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	7,8	15.042	1,00
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)	8,5	15.042	1,00

ricette	valore ticket	beneficiari	Frequenza annua	impatto mancato introito da ticket
da 90.04.5 a 90.37.4	10,15	36.638	2	743.751
da 90.40.4 a 90.11.4	4,15	36.638	2	304.095

da 90.54.4 a 90.51.4	16,30	15.042	1	245.184,60
88.71.4	28,4	15.042	1	427.193
Impatto totale				1.720.224

Art. 6

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo)

L'allegato 10B al dPCM 12 gennaio 2017 (elenco delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo) è aggiornato con l'inserimento della prestazione 91.15.F "VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS" già inclusa nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017, da eseguire all'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane+6 gg.) e comunque al primo controllo.

I maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale derivanti da tale inserimento sono calcolati secondo le stime che seguono.

I casi di gravidanza portati a termine in Italia (si escludono i casi di aborto spontaneo, pari al 3 per mille) sono circa 400.000 (fonte dati Istat). Considerando che la prevalenza del virus è del 75% circa (dato ISS), si può affermare che i casi sieronegativi siano circa 100.000 (il complementare del 75%). Secondo quanto risulta dal documento e dalla proposta della società scientifica SIGO, i casi sieropositivi (300.000 = 75% di 400.000) sono sottoposti al test una volta sola, i sieronegativi (100.000) due volte. Come risulta dal documento e dalla proposta della società scientifica SIGO, non si assumono più test perchè è possibile stimare l'eventuale tasso di positività/negatività. Quindi, i casi totali sono $300.000 + (100.000 \times 2) = 500.000$. Il costo di questo test di laboratorio oscilla tra 8 e 20 euro, con un valore centrale (media aritmetica di media geometrica, moda e mediana) di 10 euro. Moltiplicando i casi totali (500.000) per 10 euro di costo del test, si può determinare una stima di impatto di massima pari a 5 milioni di euro.

STIMA DI IMPATTO FINANZIARIO

Allegato dPCM	Aggiornamento	Impatto
Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio	11.089.098
	Screening neonatale Immunodeficienze combinate gravi (SCID)	13.525.505
	Screening neonatale Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID)	
	Screening neonatale dell'Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi	
	Screening neonatale Mucopolisaccaridosi tipo 1 (MPS I)	
	Screening neonatale Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD)	
	Screening neonatale Malattia di Fabry	
	Screening neonatale Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi	
	Screening neonatale Malattia di Pompe (Glicogenosi tipo 2)	
Allegato 4 Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	Elastografia transiente epatica. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	8.955.000,00
	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	447.750,00
	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	1.170.000,00
	Pannello standard di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna. Qualsiasi metodo.	28.484.599,56
	Pannello allargato di fattori prognostici e predittivi di risposta alla terapia per patologia tumorale maligna. Qualsiasi metodo.	13.584.729,18
	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	329.600
	Dosaggio dell'attività funzionale ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand).	2.942.970,00
	Test cfDNA / NIPT (test DNA fetale su plasma materno)	34.670.060,00
	Dispositivo mobile intraorale (S. di Lesch Nyan)	9.600,00
	Luteotropina	1.724.263,40
	Applicazione di microinfusore sottocute (escluso: costo del manufatto)	1.300.000,00
	Depilazione elettrochirurgica della palpebra	14.300,00
	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	63.386,40

	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	25.210,50
	allegato 4 GENETICA COLONNA "E" (Anatomia Patologica) nuovo gene di riferimento da indagare (BRAF) per il Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	2.570.000,00
Allegato 5 Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)	classe 06 "Ortesi e protesica" (elenco 1)	402.181,00
	classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione" (elenco 2B)	modalità erogazione gara pubblica
Allegato 8 Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti	068 SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)	10.792.500,00
	069 IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA limitatamente allo stadio III di Hurley	603.163,05
	070 MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI (NTM-LD)	325.082,00
	005 ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	1.094.856,40
	007 ASMA	997.823,20
	009 COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	7.639.510,88
	044 PSICOSI	1.720.224,00
Allegato 10B Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. Da ripetere ogni 4-6 settimane fino al II trimestre in caso di negatività	5.000.000,00
TOTALE		149.481.413

La normativa in materia di finanziamento per l'aggiornamento dei LEA ha reso disponibili per gli anni 2025 e ss. le seguenti risorse:

- 200 milioni di euro previsti dalla Legge n. 234/2021 (art. 1, c. 288)
- 200 milioni di euro previsti dalla Legge n. 213/2023 (art. 1, c. 235)
- 50 milioni di euro previsti dalla Legge n. 207/2024 (art. 1, c. 302).

A valere sulle disponibilità provenienti dalla Legge n. 234/2021 sono stati già utilizzati circa 170 milioni di euro per finanziare i contenuti del DM 25 novembre 2024 di aggiornamento delle tariffe massime di specialistica ambulatoriale e assistenza protesica (che si aggiungono alle risorse già preordinate per tale aggiornamento, pari a 380,7 mln di euro).

Ne consegue che restano disponibili per gli anni le restanti 2025 e ss. risorse pari a complessivi 280 milioni di euro a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard che garantiscono, pertanto, copertura alle previsioni contenute nel DPCM in oggetto di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza.

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo delle nuove prestazioni previste con la tariffa associata.

CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa
93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	4,40 €
93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	1,75 €
24.80.9	INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.	240,00 €
88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	49,75 €
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH)	6,20 €
90.64.7	DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand)	78,90 €
91.20.8	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	49,75 €
91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	222,00 €
99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo	26,00 €
G2.11	TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y). Qualunque metodo	380,00 €
G3.04	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	65,00 €
08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	26,75 €
06.18.91.321	gancio funzionale con attacco standard in lega leggera, con polso predisposto per l'intercambiabilità	488,00 €
06.18.91.324	gancio funzionale con attacco per lavoro pesante in acciaio, con polso predisposto per l'intercambiabilità	1.017,00 €
06.18.92.441	sostituzione gancio funzionale standard in lega leggera con attacco	488,00 €
06.18.92.444	sostituzione gancio funzionale per lavoro pesante in acciaio con attacco	1.017,00 €
06.18.92.447	elastico per chiusura n. 5 pezzi	17,00 €
06.18.92.450	molla semplice per chiusura	10,00 €
06.18.92.453	molla doppia per chiusura	12,00 €
06.18.92.456	rivestimento ganasce n. 10 pezzi	55,00 €
06.18.92.459	polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio	298,00 €
06.24.92.427	refacimento invasatura flessibile per protesi per disarticolazione di ginocchio con telaio a sostegno aperto e attacco di collegamento all'invasatura	468,00 €
06.24.92.430	sostituzione ginocchio polifunzionale policentrico a controllo pneumatico o idraulico, in fibra di carbonio	1.171,00 €

Allegati

Allegato 1. BRCA1-2__Stima_finanziaria_Tabella_sorveglianza_per_RT.xlsx



IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

VISTA la legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V, e il novellato art. 117, comma 2, lettera m), con riferimento alla competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, che all’articolo 1, definisce i Livelli Essenziali di Assistenza come l’insieme delle prestazioni garantite dal SSN, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, in quanto per specifiche condizioni cliniche, presentano evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, sono più costose di altre;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e successive modificazioni, recante la riforma dell’organizzazione del Governo, a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n.59;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante il “Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute”;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica, 21 ottobre 2022, pubblicato nella G.U. serie generale del 25 ottobre 2022, n. 250, con il quale il prof. Orazio Schillaci è stato nominato Ministro della Salute;

RICHIAMATO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante la prima “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell’8 febbraio 2002, e successive modificazioni;

VISTO l’articolo 1, commi 556 e seguenti della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che affidano alla Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, il compito di formulare la proposta di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sulla base dell’attività svolta;

DATO ATTO che la Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale è nominata e presieduta dal Ministro della Salute, secondo una composizione stabilita *ope legis*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell’articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTO in particolare l’articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, con cui si dispone che la definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari;

RICHIAMATI i decreti ministeriali di costituzione e successiva modifica della Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, a seguito delle designazioni pervenute dall’Istituto superiore di sanità (ISS), dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), dall’Agenzia italiana del farmaco (AIFA), dal Ministero dell’economia e delle finanze e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 16 giugno 2016, 5 maggio 2020 e 18 marzo 2024, e relative modifiche pubblicate sul portale del ministero;

RICHIAMATI i commi 2 e 3 dell’articolo 64, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “Norme finali e transitorie”, con cui è stata sospesa l’entrata in vigore di parte delle disposizioni del decreto medesimo, fino alla data di pubblicazione del decreto di definizione delle tariffe massime delle relative prestazioni;

RILEVATO, pertanto, che è stato sospeso l’iter di approvazione delle proposte, di modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale, ovvero di individuazione di misure volte a incrementare l'appropriatezza della loro erogazione anche non comportanti ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, da effettuare ai sensi dell’articolo 1, commi 554 e 559, della stessa legge 28 dicembre 2015, n. 208;

CONSIDERATO che la Commissione nazionale per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, in attesa dell’emanazione del sopra citato decreto per le tariffe massime delle relative prestazioni ha approvato le proposte di aggiornamento istruite nel corso dei lavori della medesima, fra cui quelle comportanti oneri a carico della finanza pubblica, oggetto del presente provvedimento;

VISTO il Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021, approvato con Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 18 dicembre 2019, e in particolare la scheda “Garanzia dei LEA”, nella quale Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 “Nuovi LEA”, attraverso l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l’entrata in vigore dei relativi nomenclatori sull’intero territorio nazionale;

VISTO l’articolo 1, comma 288 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, con cui si dispone che, a decorrere dall’anno 2022, per l’aggiornamento dei LEA, è finalizzato l’importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard;

VISTO l'articolo 1, comma 235 della legge 30 dicembre 2023, n 213 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" con cui si dispone che sono vincolate una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2024 e una quota pari a 200 milioni euro annui a decorrere dall'anno 2025 a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard;

VISTO l'articolo 1 comma 302 della legge 30 dicembre 2024, n. 207 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027" con cui si dispone che una quota del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo stato pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, è vincolata per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ivi compresa la revisione delle tariffe massime nazionali delle relative prestazioni assistenziali;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 recante "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica";

VISTA la relazione tecnica che illustra gli impatti di spesa derivanti dall'applicazione del presente decreto e la metodologia per la determinazione delle tariffe ivi previste;

VISTA la nota prot. MEF GAB 9010 del 23 febbraio 2024-U, con la quale il Ministero concertante, nel trasmettere il parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, reso con nota prot. 36095 del 19 febbraio 2024, rappresenta che non vi sono osservazioni da formulare;

TENUTO CONTO dell'esito della seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 15 gennaio 2025 durante la quale è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito nella definizione della nuova proposta tariffaria;

VISTA l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del (Rep. Atti n. .../CSR);

ACQUISITO il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, reso in data ...;

DECRETA

Art. 1 (Oggetto)

1. Il presente decreto apporta modifiche ed integrazioni al decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, supplemento ordinario, ai sensi dell'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come riportati negli allegati di seguito indicati, costituenti parte fondamentale ed integrante del presente provvedimento:
 - A (Prevenzione collettiva e sanità pubblica);
 - B (Assistenza Specialistica ambulatoriale) – fogli da B a B4;
 - C (Assistenza Protesica) – fogli C1 e C2B;
 - D) (Esenzione per malattie croniche e invalidanti) – fogli da D a D4;

E) (Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo).

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

1. L'allegato 1 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", è modificato e integrato come segue:
 - a) alla lett.) F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale", il punto F8 "Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018", è modificato in "Screening oncologici" ed integrato con l'inserimento del "Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio";
 - b) dopo il punto F9 è inserito il punto F10 "Screening neonatale esteso" contenente nuovi screening neonatali per le patologie riportate nell'allegato A al presente decreto.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato A, al presente decreto, che modifica l'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 3

(Assistenza Specialistica ambulatoriale)

1. L'allegato 4 e l'allegato 4D al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recanti rispettivamente "Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" e "Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni appropriatezza prescrittiva", sono aggiornati come segue:
 - a) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di nuove prestazioni sono riportati nell'allegato B - foglio B;
 - b) gli aggiornamenti concernenti le prestazioni modificate sono riportati nell'allegato B – foglio B1;
 - c) gli aggiornamenti concernenti le patologie per le quali è indicata l'esecuzione di prestazioni di Genetica Molecolare su materiale biotipico, a seguito di indagini (istologiche e morfologiche) e di valutazioni, di cui all'allegato 4GEN COLONNA E, sono riportati nell'allegato B – foglio B2;
 - d) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza, sono riportati nell'allegato B – foglio B3;
 - e) gli aggiornamenti concernenti la modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza, sono riportati nell'allegato B – foglio B4.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato B al presente decreto, che modifica l'allegato 4 "Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" e l'allegato 4D "Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni appropriatezza prescrittiva" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 4

(Assistenza Protesica)

1. L'allegato 5 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)" è aggiornato come segue:

- a) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di nuovi ausili nell'elenco 1 sono riportati nell'allegato C – foglio C1;
 - b) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di nuovi ausili nell'elenco 2B sono riportati nell'allegato C – foglio C2B.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1, sono riportati nell'allegato C al presente decreto, che modifica l'allegato 5 “Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)” al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 5

(Esenzione per malattie croniche e invalidanti)

1. L'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, individuate dall'Allegato 8 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è modificato come segue:
 - a) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di nuova malattia o condizione esente sono riportati nell'allegato D – foglio D;
 - b) gli aggiornamenti concernenti la modifica della tabella di corrispondenza sono riportati nell'allegato D – foglio D1;
 - c) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di prestazioni esenti per nuove malattie sono riportati nell'allegato D – foglio D2;
 - d) gli aggiornamenti concernenti l'integrazione degli elenchi di prestazioni per malattie/condizioni già esenti sono riportati nell'allegato D – foglio D3;
 - e) gli aggiornamenti concernenti l'eliminazione di prestazioni per malattie/condizioni già esenti sono riportati nell'allegato D – foglio D4.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato D al presente decreto, che modifica l'allegato 8 “Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti” al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 6

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo)

1. Gli aggiornamenti all'allegato 10B al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo” sono riportati nell'allegato E al presente decreto.

Art. 7

(Oneri)

2. Gli oneri derivanti dal presente provvedimento pari a 149,5 milioni di euro annui, trovano copertura a valere sulle risorse disponibili del fabbisogno sanitario nazionale standard vincolate dalla vigente normativa per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Art. 8

(Norme finali e transitorie)

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma,

Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Il Ministro della salute

Il Ministro dell'economia e delle finanze

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F8	Screening oncologici	<p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata</p> <p>La periodicità e le caratteristiche tecniche sono definite a livello nazionale dai seguenti atti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Screening del cancro della mammella: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - Screening del cancro del colon-retto: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - Screening del cervico-carcinoma: linee di indirizzo predisposte in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2014- 2018 e del dm 5/8/11 - Sorveglianza sulla estensione e sulla adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione, anche attraverso la realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali Coinvolgimento di gruppi a rischio e di gruppi socialmente svantaggiati Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale Realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali 	<p>Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening</p> <p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target</p> <p>Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica in relazione alla patologia neoplastica</p>

		<p>Programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio</p>	<p>Fase 1 - IDENTIFICAZIONE: ricerca delle varianti patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2 in donne familiari di casi affetti da tumore della mammella e/o dell'ovaio riscontrati positivi alle predette varianti.</p> <p>Fase 2 – SORVEGLIANZA: percorsi di sorveglianza attiva finalizzati alla diagnosi precoce del tumore della mammella/ovaio nelle donne sane ma risultate positive alle varianti patogenetiche dei predetti geni:</p> <p><i>Visita senologica (prima visita e visita di controllo)</i> <i>Ecografia bilaterale della mammella. Incluso cavo ascellare</i> <i>Mammografia Bilaterale. (2 proiezioni)</i> <i>RMN della mammella. Mono e/o Bilaterale. Con e senza mdc</i> <i>Ecografia transvaginale</i> <i>Antigene Carboidratico 125 (CA 125).</i> <i>Visita oncologica (prima visita e visita di controllo)</i> <i>Visita ginecologica (prima visita e visita di controllo)</i> <i>Colloquio psicologico clinico</i> <i>Agoaspirato ecoguidato. Biopsia con ago sottile della mammella</i> <i>Biopsia [percutanea] mammaria “vacuum assisted” ecoguidata.</i> <i>Esame citologico esfoliativo della mammella. Incluse eventuali analisi istochimiche e/o immunoistochimiche</i> <i>Esame istocitopatologico della mammella. Per ciascun campione</i></p>
F10	<p>Screening neonatale esteso L. 19-8-2016 n. 167 “Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie” e s.m.i. dm 13 ottobre 2016 “Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie</p>	<p>Elenco delle malattie oggetto dello screening neonatale esteso: Fenilchetonuria Iperfenilalaninemia benigna Deficit della rigenerazione del cofattore biopterina Deficit della biosintesi del cofattore biopterina Tirosinemia tipo I Tirosinemia tipo II Malattia delle urine allo sciroppo d'acero Omocistinuria (difetto di CBS) Omocistinuria (difetto severo di MTHFR) Acidemia glutarica tipo I Acidemia isovalerica Deficit di beta-chetotilasi Acidemia 3-Idrossi 3-metilglutarica</p>	<p>Prestazioni connesse all'attività di screening neonatale ed invio ad altri setting assistenziali per la successiva presa in carico in relazione alla specifica malattia.</p>

metaboliche ereditarie”	<p>Acidemia propionica Acidemia metilmalonica (Mut) Acidemia metilmalonica (Cbl-A) Acidemia metilmalonica (Cbl-B) Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit Cbl C) Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit Cbl D) Deficit di 2-metil butiril-CoA deidrogenasi Aciduria malonica Deficit multiplo di carbossilasi Citrullinemia I Citrullinemia tipo II (deficit di Citrina) Acidemia argininosuccinica Argininemia Deficit del trasporto della carnitina Deficit di carnitina palmitoil-transferasi I Deficit carnitina acil-carnitina translocasi Deficit di carnitina palmitoil-transferasi II Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena molto lunga Deficit della proteina trifunzionale mitocondriale Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena lunga Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena media Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena media/corta Acidemia glutarica tipo II Galattosemia Difetto di biotinidasi Immunodeficienze combinate gravi (SCID) Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID) Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi Mucopolisaccaridosi tipo 1 (MPS I) Adrenoleucodistrofia legata all’X (X-ALD) Malattia di Fabry Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi Malattia di Pompe (Glicogenosi tipo 2)</p>	
-------------------------	---	--

**ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 4 e 4D
al dPCM 12 GENNAIO 2017**

INDICE

B Inserimento di nuove prestazioni

B1 Modifica nella descrizione della prestazione

B2 Modifica dell'allegato GENETICA COLONNA "E": ANATOMIA PATOLOGICA

B3 Inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

B4 Modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4**B: Inserimento di nuove prestazioni**

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	NUMERO NOTA	Branca1	Branca2	Branca3	Branca4
	93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia			
	93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia			
R H	24.80.9	INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.	110	Odontostomatologia			
	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	111	Diagnostica per immagini, Gastroenterologia			

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	NUMERO NOTA	Branca1	Branca2	Branca3	Branca4
	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH)		Laboratorio			
R MR	90.64.7	DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand)		Laboratorio			
	91.20.8	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	74	Laboratorio			
	91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	75	Laboratorio			
	99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo		Endocrinologia			
R	G2.11	TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y). Qualunque metodo	109	Laboratorio			
R	G3.04	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	112	Laboratorio			
	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA		Oculistica			

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4

B1 Modifica nella descrizione della prestazione

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	NUMERO NOTA	Branca1	Branca2	Branca3	Branca4
	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale		Endocrinologia			

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4

B2 MODIFICA DELL'ALLEGATO GENETICA COLONNA "E": ANATOMIA PATOLOGICA

Patologie per le quali è indicata l'esecuzione di prestazioni di Genetica Molecolare su materiale bioptico, a seguito di indagini

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G001	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	EGFR, K-RAS; ALK/ROS1, BRAF	Carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato suscettibile di trattamento con inibitori di EGFR/ALK/ROS1/BRAF	91.60.1	91.60.5	91.60.2	
G001	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.09			
		ALK (fusioni - T1)	alectinib o brigatinib o ceritinib o crizotinib				
		ALK (mutazioni oncogeniche - T1)	lorlatinib				
		Atri biomarcatori (Microsatellite Instability-High, Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
		EGFR (A763_Y764insFQEA - T2)	erlotinib				
		EGFR (Exon 19 in-frame deletions, L858R - T1)	erlotinib o gefitinib o osimertinib				
		EGFR (Exon 19 in-frame deletions, L858R, G719, L861Q, S768I - T1)	afatinib				
		EGFR (Exon 20 in-frame insertions - T1)	amivantamab				
		EGFR (Exon 20 in-frame insertions escluso A763_Y764insFQEA, T790M - R1)	erlotinib o gefitinib o afatinib				
		EGFR (G719, L861Q, S768I - T2)	osimertinib				
		EGFR (T790M - T1)	osimertinib				
		MET (amplificazione - T2)	crizotinib o tepotinib				
		MET (amplificazione, D1010, Exon 14 Deletion, Exon 14 in-frame deletions, Exon 14 splice mutations - T2)	crizotinib				
		MET (D1010, Exon 14 Deletion, Exon 14 in-frame deletions, Exon 14 splice mutations - T1)	tepotinib				
		MET (D1010, Exon 14 Deletion, Exon 14 in-frame deletions, Exon 14 splice mutations - T2)	crizotinib				
		NTRK1, NTRK2, NTRK3 (Fusioni - T1)	entrectinib				
		RET (fusioni - T1)	pralsetinib o selpercatinib				
		ROS1 (fusioni - T1)	crizotinib				
ROS1 (fusioni - T1)	crizotinib o entrectinib						
ROS1 (fusioni - T2)	ceritinib o lorlatinib						

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G001	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.06			
		ALK (C1156Y, G1269A, L1196M - R2)	crizotinib.				
		ALK (G1202R, I1171N - R2)	alectinib.				
		ALK (G1269A, L1196M - R2)	crizotinib				
		CDK12 (Truncating Mutations - T4)	pembrolizumab o nivolumab o cemiplimab				
		EGFR (A763_Y764insFQEA, Exon 19 in-frame insertions, L718V, L747P - T4)	afatinib				
		EGFR (C797G, C797S, G724S, G724S, L718V - R2)	osimertinib				
		EGFR (D761Y - R2)	gefitinib				
		EGFR (D761Y - T4)	osimertinib				
		EGFR (E709_T710delinsD, Kinase Domain Duplication - T3)	afatinib				
		EGFR (Exon 19 in-frame insertions - T3)	erlotinib o gefitinib				
		EGFR (Kinase Domain Duplication - T4)	erlotinib o gefitinib				
		MET (amplificazione - R2)	erlotinib o gefitinib o osimertinib				
		MET (D1228N, Y1230H - R2)	crizotinib				
		MET (Fusioni - T4)	crizotinib				
		MET (Y1003 - T3)	tepotinib				
		MET (Y1003 - T3)	crizotinib				
NTRK1 (G595R - R2)	entrectinib						
STK11 (mutazioni oncogeniche - T4)	pembrolizumab						
G002	Carcinoma del colon retto	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.05			
		Altri biomarcatori (Microsatellite Instability-High - T1)	pembrolizumab o Ipilimumab + nivolumab o nivolumab				
		Altri biomarcatori (Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
		BRAF (V600E - T1)	encorafenib + cetuximab o encorafenib + panitumumab				
		CDK12 (mutazioni di troncamento - T1)	pembrolizumab o nivolumab o cemiplimab				
		KRAS (mutazioni oncogeniche - T1)	cetuximab o panitumumab				
		KRAS (Wildtype - T1)	cetuximab o cetuximab + chemioterapia o panitumumab o panitumumab + chemioterapia				
		NRAS (Wildtype - T1)	panitumumab o panitumumab + chemioterapia				

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G003	Melanoma maligno	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		BRAF (V600 - T1)	vemurafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	vemurafenib in associazione al cobimetinib - inoperabile o metastatico				
		BRAF (V600 escluse V600E e V600K) - T2)	vemurafenib in associazione al cobimetinib - adulti con melanoma inoperabile o metastatico				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	encorafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	dabrafenib				
		BRAF (V600 escluse V600E e V600K) - T2)	dabrafenib o encorafenib o vemurafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	dabrafenib - adiuvante o metastatico				
		C-KIT (D579del, K642E, L576P, L576del, P577del, V559A, V560D, V560G, V560del, V654A, W557G, W557R, Y553, K558del - T2)	Imatinib - metastatico inoperabile, non trattabile o in progressione				
G004	Tumori a origine dalle cellule follicolari della Tiroide	BRAF, RAS	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.6			
G005	Tumori stromali gastrointestinali (GIST)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		KIT (mutazioni oncogeniche, A829P, C809G, D816, D820, N822, Y823D, T670I, V654A)	farmaci autorizzati da AIFA per l'impiego nel tumore stromale gastrointestinale				
		PDGFRA (Exon 18 in-frame deletions, Exon 18 in-frame insertions, Exon 18 missense mutations, D842V)	farmaci autorizzati da AIFA per l'impiego nel tumore stromale gastrointestinale				
G006	Carcinoma mammario	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.03			
		BRCA1, BRCA2 (mutazioni oncogeniche - T3)	con talazoparib o olaparib				
		ERBB2 (amplificazione - T1)	tucatinib o pertuzumab o trastuzumab emtansine				
		HER2-neu	Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2				
		PIK3CA (C420R, E542K, E545A, E545D, E545G, E545V)	alpelisib				
G007	Carcinoma gastrico	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
		CDK12 (truncating mutations - T4)	trastuzumab in adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastro-esofagea o dell'esofago, HER2 negativo, avanzato o metastatico, con iperespressione di PD-L1 con un punteggio positivo combinato (CPS) ≥ 5				
		HER2-neu	farmaci anti-HER2				
G008	Tumori del sistema nervoso centrale (SNC)	MGMT; IDH1-2;1p/19q	Tumori del SNC	91.60.B	91.60.C	91.60.D	
G009	Carcinoma midollare della tiroide	RET	Carcinoma midollare della tiroide	91.60.E			
G010	Neuroblastoma	N-MYC	Neuroblastoma	91.60.F			
G011	Tumori PNET, Condrosarcoma mixoide, DRCT, Istiocitoma fibroso angiomatoide	EWSR1	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.G			
G012	Liposarcoma mixoide/cellule rotonde	DDIT3	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.H			
G013	Rabdomiosarcoma alveolare	FOX01	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.J			
G014	Liposarcoma, Osteosarcoma	MDM2	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.K			
G015	Sarcoma sinoviale	Traslocazione X:18	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.L			
G016	Sarcoma fibromixoide di basso grado	Traslocazione 7:16	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.M			
G017	Sarcoma alveolare parti molli, Fibrosarcoma congenito	Traslocazione der (17)t(X:17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.N			
G018	Nefroma mesoblastico congenito, Carcinoma secretorio della mammella	Traslocazione t(12:15)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.P			
G019	Linfoma mantellare Linfoma marginale splenico Tumori plasmacellulari	Traslocazione (11;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.Q			

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G020	Linfoma splenico Linfomi SNC a grandi cellule B	Traslocazione (9;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.R			
G021	Linfomi MALT extralinfonodali	Traslocazione t(11;18), t(1;14), t(3;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.S			
G022	Linfoma mantellare	Traslocazione t (2;12)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.T			
G023	Linfoma follicolare	Traslocazione t (14;18)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.U			
G024	Linfomi ALK Linfomi B a grandi cellule diffusi	Traslocazione (2;17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.V			
G025	Linfoma di Burkitt, Linfoma Diffuso a Grandi Cellule	Traslocazione (8;14), (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.W			
G026	Linfomi anaplastici a grandi cellule	Traslocazione (2;5), (1;2)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.X			
G026	Linfoma anaplastico	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		ALK (fusioni - T1)	crizotinib				
G027	Linfomi		Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.Z			
G028	Linfomi		Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.61.1			
G029	Linfoma Diffuso a Grandi Cellule		Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.61.2			
G030	Carcinoma ovarico	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		BRCA1 (mutazioni oncogeniche - T1)	olaparib				
		BRCA1, BRCA2 (mutazioni oncogeniche - T1)	bevacizumab - 1^ linea, 2^ linea				
		BRCA1, BRCA2 (mutazioni oncogeniche - T1)	niraparib, olaparib, rucaparib				

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G031	Carcinoma prostatico	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.14			
		ATM (mutazioni oncogeniche - T1)	olaparib				
		BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L (mutazioni oncogeniche - T1)	olaparib				
G032	Carcinoma renale	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		Atri biomarcatori (Microsatellite Instability-High, Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
		MTOR (L2209V, L2427Q - T3)	temsirolimus				
		MTOR (Q2223K - T3)	everolimus				
G033	Carcinoma tiroideo	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		RET (fusioni - T1)	selpercatinib				
G034	Carcinoma a cellule squamose di testa e collo (HN SCC)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		Atri biomarcatori (Microsatellite Instability-High, Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
G035	Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		ABL1 (BCR-ABL1 Fusion, T3151 - T1)	ponatinib				
		ABL1 (BCR-ABL1 fusione - T1)	ponatinib per il trattamento di I linea, comprendente induzione e consolidamento in associazione o meno alla chemioterapia intensiva (basata su dosi elevate di citosina arabinoside e di metotrexato) dei pazienti adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Ph+				
		ABL1 (T3151 - T1)	ponatinib per il trattamento di I linea, comprendente induzione e consolidamento in associazione o meno alla chemioterapia intensiva (basata su dosi elevate di citosina arabinoside e di metotrexato) dei pazienti adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Ph+				

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
		ABL1 (BCR-ABL1 fusione - T1)	dasatinib nella Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 2^ Linea e nella Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)				
		ABL1 (E255K, E255V, F359C, F359I, F359V, Y253H - T2)	dasatinib nella Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 2^ Linea e nella Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)				
		ABL1 (F317C, F317I, F317L, F317V, T315A, V299L, T315I - R1)	dasatinib nella Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 2^ Linea e nella Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)				
G036	Leucemia Linfocitica Cronica (LLC)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		BTK (C481S - R1)	ibrutinib				
G036	Leucemia Linfocitica Cronica (LLC)	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		BTK (C481F, C481R, C481Y, T316A, T474I, T474S - R2)	ibrutinib				
G037	Leucemia Mieloide Acuta (LMA)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		FLT3 (D835, I836, Internal tandem duplication - T1)	gilteritinib				
G038	Leucemia Mieloide Cronica (LMC)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		ABL1 (T315I - T1)	ponatinib				
		ABL1 (E255K, E255V, F359C, F359I, F359V, G250E, Y253H, T315I - R1)	nilotinib				
		ABL1 (F317C, F317I, F317L, F317V, T315A, V299L - T2)	nilotinib				
		ABL1 (T315I - R1)	nilotinib				
		ABL1 (E255K, E255V, F359C, F359I, F359V, G250E, Y253H - R1)	nilotinib - Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 2^ linea				
		ABL1 (E255K, E255V, F359C, F359I, F359V, Y253H - T2)	dasatinib				
		ABL1 (E255K, E255V, F359C, F359I, F359V, Y253H - T2)	dasatinib				
		ABL1 (F317C, F317I, F317L, F317V, T315A, V299L, T315I - R1)	dasatinib - Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 2^ linea, Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)				
		ABL1 (F317C, F317I, F317L, F317V, T315A, V299L, T315I - R1)	dasatinib - Leucemia Mieloide Cronica (LMC) in 1^ linea				
		ABL1 (E255K, E255V, F317C, F317I, F317V, F359C, F359I, F359V, T315A, Y253H - T2)	bosutinib				
		ABL1 (F317L, G250E, V299L, T315I - R1)	bosutinib				

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
		ABL1 (BCR-ABL1 fusione - T1)	bosutinib o dasatinib o nilotinib				
G039	Carcinomi cutanei spinocellulari o basocellulari	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		CDK12 (Truncating Mutations - T4)	cemiplimab				
G040	Mesotelioma pleurico	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		CDK12 (Truncating Mutations - T4)	nivolumab				
G041	Carcinoma esofago-gastrico	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		ERBB2 (amplificazione - T1)	trastuzumab o pembrolizumab e chemioterapia - metastatico				
G042	Colangiocarcinoma	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		FGFR2 (fusioni - T1)	pemigatinib				

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4D

B3: Inserimento condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

N nota	Tipo nota	Contenuto nota
109	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	“Screening contingente per la valutazione del rischio delle Trisomie 13, 18, 21, X, Y, in gravidanze in cui sia stato individuato un rischio 1/11 - 1/1000 a seguito di una prima valutazione effettuata con le prestazioni 90.17.6 "HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A" e 88.78.4 "ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato". Su prescrizione specialistica. Erogabile contestualmente alla “Consulenza genetica associata al test”.
110	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	Erogabile esclusivamente ai pazienti con sindrome di Lesch-Nyhan (RCG120) per la prevenzione di comportamenti autolesionistici. Su prescrizione specialistica.
111	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	Esame di secondo livello per la diagnosi e/o monitoraggio della fibrosi epatica e/o dell'ipertensione portale clinicamente significativa del paziente con epatopatia cronica avanzata o cirrosi epatica. Su indicazione specialistica.
112	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	Diagnostica di accompagnamento. Limitatamente a pazienti adulti con diagnosi di Sclerosi Multipla Secondariamente Progressiva (SMSP), con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attività infiammatoria, al fine di verificare la controindicazione oppure la necessità di un dosaggio di mantenimento ridotto del farmaco Siponimod, secondo le indicazioni riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) nella sezione posologia e modo di somministrazione.

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4D

B4 Modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva

Versione vigente			Versione aggiornata		
n. nota	tipo nota	contenuto nota	n. nota	tipo nota	contenuto nota
75	CONDIZIONE EROGABILITA'	Secondo linee guida, in caso di patologia tumorale maligna già evidenziata	75	CONDIZIONE EROGABILITA'	Secondo note AIFA e linee guida del sistema nazionale linee guida, in caso di patologia tumorale maligna già accertata.
92	CONDIZIONE EROGABILITA'	La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna A, Colonna C e Colonna D con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, per la Colonna A si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, e per le Colonne C e D, ai geni specificamente indicati.	92	CONDIZIONE EROGABILITA'	La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna A, Colonna C e Colonna D e Colonna E con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, per la Colonna A si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, e per le Colonne C e D, ai geni specificamente indicati.

Indice	Foglio
<u>INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 1</u>	C1
<u>INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 2B</u>	C2B

ALLEGATO C- AGGIORNAMENTO DPCM NON ISORISORSE 2023

INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 1

CODICE	NUOVA DENOMINAZIONE
--------	---------------------

Classe 06 "Ortesi e protesi"

06.18 protesi di arto superiore

Aggiuntivi prescrivibili per protesi funzionali ad energia corporea - dopo il codice 06.18.91.318 inserire:

06.18.91.321	gancio funzionale con attacco standard in lega leggera, con polso predisposto per l'intercambiabilità
---------------------	--

06.18.91.324	gancio funzionale con attacco per lavoro pesante in acciaio, con polso predisposto per l'intercambiabilità
---------------------	---

Riparazioni prescrivibili per protesi funzionali a energia corporea - Moltiplicatore di ampiezza per l'articolazione del gomito - dopo il codice 06.18.92.438 inserire:

06.18.92.441	sostituzione gancio funzionale standard in lega leggera con attacco
---------------------	--

06.18.92.444	sostituzione gancio funzionale per lavoro pesante in acciaio con attacco
---------------------	---

06.18.92.447	elastico per chiusura n. 5 pezzi
---------------------	---

06.18.92.450	molla semplice per chiusura
---------------------	------------------------------------

06.18.92.453	molla doppia per chiusura
---------------------	----------------------------------

06.18.92.456	rivestimento ganasce n. 10 pezzi
---------------------	---

06.18.92.459	polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio
---------------------	---

06.24 protesi di arto inferiore

Riparazioni prescrivibili per protesi per disarticolazione di ginocchio - dopo il codice 06.24.92.424 inserire:

06.24.92.427	rifacimento invasatura flessibile per protesi per disarticolazione di ginocchio con telaio a sostegno aperto e attacco di collegamento all'invasatura
---------------------	--

06.24.92.430	sostituzione ginocchio polifunzionale policentrico a controllo pneumatico o idraulico, in fibra di carbonio
---------------------	--

ALLEGATO C- AGGIORNAMENTO DPCM NON ISORISORSE 2023

INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 2B

CODICE	NUOVA DENOMINAZIONE
<i>Classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"</i>	
22.27 ausili per indicazioni, segnalazioni e allarmi	
Orologi - dopo il codice 22.27.12.009 inserire:	
22.27.12.012	orologio da polso consultabile tramite vibrazione
22.27.12.015	orologio tattile da taschino

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 8 al dPCM 12 GENNAIO 2017

Indice

D INSERIMENTO NUOVA MALATTIA O CONDIZIONE ESENTE

D1 - MODIFICA TABELLA DI CORRISPONDENZA

D2 - INSERIMENTO PRESTAZIONI ESENTI PER NUOVE MALATTIE

D3 - INTEGRAZIONE ELENCHI PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI

D4 - ELIMINAZIONE PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 8 al dPCM 12 GENNAIO 2017**D INSERIMENTO NUOVA MALATTIA O CONDIZIONE ESENTE**

CODICE ESENZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESENZIONE	Durata minima dell'attestato di esenzione (*)
068	SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)	2 anni
069	IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley)	illimitata
070	MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI	2 anni

* ai sensi del DM 23.11.2012

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE- ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017**D1 - MODIFICA TABELLA DI CORRISPONDENZA**

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE - ICD-9-CM		MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO	
ICD9CM	DEFINIZIONE DI MALATTIA	CODICE ESENZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE
729.0	FIBROMIALGIA E REUMATISMI EXTRAARTICOLARI DIFFUSI NO	068.729.0	SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)
705.83	IDROSADENITE SUPPURATIVA	069.705.83	IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley)
031.0	MALATTIE POLMONARI DA ALTRI MICOBATTERI	070.031.0	MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017

D2 - INSERIMENTO PRESTAZIONI ESENTI PER NUOVE MALATTIE

068 .729.0 SINDROME FIBROMIALGICA limitatamente alle forme molto severe (FIQR>82)

PRESTAZIONI					FREQUENZA
				VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 12 mesi
			93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	ogni 12 mesi
		<i>in caso di comorbidità psichiatrica</i>	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	ogni 12 mesi
				* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

069 .705.83 IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley)

PRESTAZIONI					FREQUENZA
				VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	3 volte l'anno
			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	ogni 12 mesi
				OPPURE	
			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. Frequenza	ogni 12 mesi
				* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

70 031.0 MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI

PRESTAZIONI					FREQUENZA
				VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 6 mesi
			90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	ogni 6 mesi

PRESTAZIONI				FREQUENZA	
			90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	ogni 6 mesi
			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07)	ogni 6 mesi
			90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	ogni 6 mesi
			90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	ogni 6 mesi
			90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	ogni 6 mesi
			90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	ogni 6 mesi
			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	ogni 6 mesi
			90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	ogni 6 mesi
			90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	ogni 6 mesi
		R	90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA. Almeno 4 antibiotici	ogni 6 mesi
			91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcoolico resistenti). Incluso: ESAME COLTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex	ogni 6 mesi
			91.01.A	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	ogni 6 mesi
			91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	ogni 6 mesi
			91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	ogni 6 mesi
			90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e lieviti patogeni. incluso: esame microscopico di idoneità del campione. incluso: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	ogni 6 mesi
			90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	ogni 6 mesi

PRESTAZIONI				FREQUENZA	
			87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	ogni 6 mesi
			89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	ogni 6 mesi
		H	33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22	ogni 6 mesi
			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	ogni 6 mesi
			40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	ogni 6 mesi
			95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	ogni 6 mesi
			89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	ogni 6 mesi
			89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico	ogni 6 mesi
				* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017

D3 - INTEGRAZIONE ELENCHI PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI

005 .307.1; .307.51		ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA			
		PRESTAZIONI			FREQUENZA
			89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	Ogni 12 mesi
			94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	Ogni 12 mesi
			88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	Ogni 12 mesi
			90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	Ogni 6 mesi
			90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	Ogni 6 mesi
			90.05.1	ALBUMINA	Ogni 6 mesi
			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07)	Ogni 6 mesi
			90.11.4	CALCIO TOTALE	Ogni 6 mesi
			90.14.1	COLESTEROLO HDL	Ogni 6 mesi
			90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	Ogni 6 mesi
			90.22.3	FERRITINA	Ogni 6 mesi
			90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	Ogni 6 mesi
			90.32.5	MAGNESIO TOTALE	Ogni 6 mesi
			90.43.2	TRIGLICERIDI	Ogni 6 mesi
			93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	Ogni 12 mesi
			93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	Ogni 12 mesi
007 .493		ASMA			
		PRESTAZIONI			FREQUENZA
		<i>Per i soli assistiti con asma grave (come definito dalle LG GINA)</i>			
			93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	Ogni 6 mesi
			90.68.3	IgE TOTALI	Ogni 6 mesi
			89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	

				PRESTAZIONI	FREQUENZA
008	.571.2; .571.5; .571.6			CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	
				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		<i>in alternativa alla 88.74.1</i>	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	
009	.555; .556			COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	
				PRESTAZIONI	FREQUENZA
			90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	annuale
			88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	massimo una volta l'anno per il monitoraggio della malattia perianale
			88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
				OPPURE	
			88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	
			88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	massimo 1 volta ogni 3 anni per 88.97.C e 88.95.2; massimo una volta l'anno per 88.95.5
				OPPURE	
			88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
				OPPURE	
			88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare	
		<i>Negli assistiti con controindicazioni alla RM:</i>	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	massimo 1 volta ogni 3 anni
				OPPURE	
			88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUA (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	

				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		<i>Limitatamente al monitoraggio della terapia con litio</i>	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	Ogni 12 mesi

**ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12
GENNAIO 2017**

D4 - ELIMINAZIONE PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI

009	.555; .556		COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
		87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO
		87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)
		90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA
		88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE

INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DI CUI ALL'ALLEGATO 10B dPCM 12 gennaio 2017

All'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane+6 gg.), e comunque al primo controllo:

R	91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS <i>Da ripetere ogni 4-6 settimane fino al II trimestre in caso di negatività.</i>
---	---------	---

Indice AUSILI MONOUSO

[CORREZIONE REFUSI](#)

[MODIFICA DENOMINAZIONE](#)

[MODIFICA DESCRIZIONE](#)

[INSERIMENTO NOTE](#)

Foglio

M1

M2

M3

M4

ALLEGATO M - AGGIORNAMENTO DELL'ALLEGATO 2 "AUSILI MONOUSO" dPCM 12 GENNAIO 2017

**I dispositivi medici elencati devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del
05/04/2017**

CORREZIONE REFUSI

CODICE	NUOVA DENOMINAZIONE	
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"		
09.15 Ausili per tracheostomia		
09.15.03.021	adesivi stomali per laringectomizzati	
09.15.03.024	filtri umidificatori per laringectomizzati	

MODIFICA DENOMINAZIONE

CODICE	DENOMINAZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DENOMINAZIONE
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"			
09.24 Convogliatori Urinari			
09.24.21	condom per urina	09.24.21	catetere maschile esterno per urina
09.24.21.003	guaina in materiale ipoallergenico	09.24.21.003	guaina (catetere maschile esterno)
09.15 Ausili per tracheostomia			
09.15	ausili per tracheostomia	09.15	ausili per tracheostomia/laringectomia

MODIFICA DESCRIZIONE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"			
09.18 Ausili per Stomia			
09.18.07	sacche per stomia, a un pezzo, a fondo aperto con valvola anti-reflusso	09.18.07	sacche per stomia, a un pezzo, a fondo aperto con valvola anti-reflusso
	<p><i>La sacca per ileostomia deve essere dotata di filtro antiodore, barriera autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico, rivestimento antitraspirante (in TNT o analogo materiale) sul lato corpo e rivestimento opaco o trasparente sul lato esposto, valvola anti-reflusso. La sacca per urostomia deve essere dotata di un sistema di scarico (preferenzialmente con rubinetto a scomparsa) raccordabile al raccoglitore da gamba o da letto, con o senza cintura di fissaggio. Per entrambe, il sistema di svuotamento e di chiusura della sacca deve essere facile da usare, sicuro ed efficace nel prevenire eventuali fuoriuscite.</i></p>		<p><i>La sacca per ileostomia deve essere dotata di filtro antiodore, barriera autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico, rivestimento antitraspirante (in TNT o analogo materiale) sul lato corpo e rivestimento opaco o trasparente sul lato esposto. La sacca per urostomia deve essere dotata di un sistema di scarico (preferenzialmente con rubinetto a scomparsa) raccordabile al raccoglitore da gamba o da letto, con o senza cintura di fissaggio. Per entrambe, il sistema di svuotamento e di chiusura della sacca deve essere facile da usare, sicuro ed efficace nel prevenire eventuali fuoriuscite.</i></p>

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
09.18.24	ausili per l'irrigazione dell'intestino	09.18.24	ausili per l'irrigazione dell'intestino
	<p>L'irrigazione, restituendo un ritmo alla motilità intestinale dell'assistito, consente di ottenere un periodo di riposo intestinale. E' controindicata per utenti cui è stato diagnosticato il c.d. "colon residuo" (regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni; con patologia pregressa: malattia diverticolare, Morbo di Crohn; con colon irritabile); in presenza di ernia peristomale, prolasso, stenosi, recidiva stomale; assistiti con inabilità fisica, psichica o chemio-terapica. E' consigliabile proporre l'inizio di tale pratica dopo un mese circa dall'intervento; la prescrizione indicherà la frequenza della procedura di irrigazione sulla base del tipo di peristalsi e del volume del colon residuo. NOTA: l'irrigazione consente all'assistito colostomizzato un periodo di 24 - 48 ore di relativa continenza.</p>		<p>L'irrigazione, restituendo un ritmo alla motilità intestinale dell'assistito, consente di ottenere un periodo di riposo intestinale. E' controindicata per utenti cui è stato diagnosticato il c.d. "colon residuo" (regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni; con patologia pregressa: malattia diverticolare, Morbo di Crohn; con colon irritabile); in presenza di stenosi, recidiva stomale; assistiti con inabilità fisica, psichica o chemio-terapica. E' consigliabile proporre l'inizio di tale pratica dopo un mese circa dall'intervento; la prescrizione indicherà la frequenza della procedura di irrigazione sulla base del tipo di peristalsi e del volume del colon residuo. NOTA: l'irrigazione consente all'assistito colostomizzato un periodo di 24 - 48 ore di relativa continenza.</p>

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
09.15	<p>ausili per tracheostomia</p> <p>Costituiti da un tubo ricurvo di forma angolata o a semicerchio, realizzato con materiale differenti [PVC, silicone, metallo] che viene inserito nello stoma tracheale per mantenerne la pervietà; il tratto esterno (connettore) permette all'assistito il collegamento al circuito per i dispositivi di ventilazione e l'applicazione di accessori (tappi, umidificatori, ecc.). Il diametro interno (ID) deve essere indicato esplicitamente nella descrizione dello specialista in relazione alle dimensioni dello stoma dell'utente (nell'adulto generalmente compreso tra 9.4 e 13.8 mm) così come la lunghezza del dispositivo (in genere, compresa tra 65 e 81 mm). Devono essere acquistati completi della piastrina orientabile per il collo (o flangia - saldata alla cannula o libera di scorrere), dei nastri di fissaggio per garantirne il corretto posizionamento e del tappo o otturatore, se richiesto.</p>	09.15	<p>ausili per tracheostomia/laringectomia</p> <p>Costituiti da un tubo ricurvo di forma angolata o a semicerchio, realizzato con materiale differenti [PVC, silicone, metallo] che viene inserito nello stoma tracheale per mantenerne la pervietà; il tratto esterno (connettore) permette all'assistito il collegamento al circuito per i dispositivi di ventilazione e l'applicazione di accessori (tappi, umidificatori, ecc.), adesivi stomali e filtri umidificatori per laringectomizzati. Il diametro interno (ID) delle cannule deve essere indicato esplicitamente nella descrizione dello specialista in relazione alle dimensioni dello stoma dell'utente (nell'adulto generalmente compreso tra 9.4 e 13.8 mm) così come la lunghezza del dispositivo (in genere, compresa tra 65 e 81 mm). Devono essere acquistati completi della piastrina orientabile per il collo (o flangia - saldata alla cannula o libera di scorrere), dei nastri di fissaggio per garantirne il corretto posizionamento e del tappo o otturatore, se richiesto.</p>

INSERIMENTO NOTE

CODICE

NOTA DA INSERIRE

Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"

09.18 Ausili per Stomia

09.18 dispositivi dotati di filtro antiodore, barriera protettiva autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico; sul lato-corpo, rivestimento antitraspirante (in TNT o analogo materiale) e sul lato esposto, rivestimento in materiale opaco o trasparente.

09.18

dispositivi dotati di filtro antiodore, barriera protettiva autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico; sul lato-corpo, rivestimento antitraspirante (in TNT o analogo materiale) e sul lato esposto, rivestimento in materiale opaco o trasparente.

NOTA: per i dispositivi erogati a neonati e/o bambini la dimensione degli ausili deve essere adeguata alle caratteristiche fisiche del paziente.

Aggiornamento dell'ALLEGATO 6a del dPCM 12 GENNAIO 2017

INTEGRAZIONE DEI DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA (righe in colore ocra)

Vigente			Integrazione
DRG	MDC	TIPO DRG	Descrizione
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	5	C	Legatura e stripping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)
134	5	M	Iperensione (eccetto urgenze)
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	8	C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite

Vigente				Integrazione
DRG	MDC	TIPO DRG	Descrizione	Descrizione
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	Patologie non maligne della mammella
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	Diabete, età > 35 anni
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	Malattie endocrine senza cc
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	Ricovero per dialisi renale
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	Calcolosi urinaria senza CC
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	C	Sterilizzazione maschile	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	13	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia	Radioterapia
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia

Vigente				Integrazione
DRG	MDC	TIPO DRG	Descrizione	Descrizione
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	Nevrosi depressive
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	Convulsioni età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	Cefalea età > 17 anni
				Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni (escluse le urgenze)
				Rinoplastica
				Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata (escluse le urgenze)
				Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC (escluse le urgenze)
				Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni (escluse le urgenze)
				Interventi sul piede (esclusa riduzione cruenta di frattura con/senza fissazione interna 792.x,793.x)
				Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
				Interventi perianali e pilonidali (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
				Malattie maggiori della pelle senza CC (escluse le urgenze)
				Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
				Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC (escluse le urgenze)
				Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile (escluse le urgenze)
				Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC (esclusa isterectomia addominale subtotale/totale e vaginale - 68.3.x e intervento di asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero - 68.2.x)
				Aborto senza dilatazione e raschiamento (escluse le urgenze)
				Altri interventi sugli organi emopoietici (esclusi interventi di asportazione di linfonodi)
				Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC (esclusi interventi di asportazione di linfonodi)
				Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi (esclusi interventi di asportazione di linfonodi)
				Segni e sintomi senza CC (escluse le urgenze)

Indice	Foglio
<u>R1: INSERIMENTO DI NUOVE MALATTIE E/O GRUPPO</u>	R1_inserimento nuove MR
<u>R2: MODIFICA DELLA DENOMINAZIONE DI SINGOLE MALATTIE E/O GRUPPO</u>	R2_modifica denominazione MR
<u>R3: INSERIMENTO DI NUOVI ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO (ED EVENTUALI SINONIMI)</u>	R3_inserimenti esempi MR
<u>R4: SPOSTAMENTO MALATTIE IN ALTRI GRUPPI</u>	R4_spostamento MR
<u>R5: INSERIMENTO NUOVI SINONIMI</u>	R5_inserimento sinonimi MR
<u>R6: ELIMINAZIONE ESEMPI DI MALATTIE</u>	R6_eliminazione esempi MR

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

R1: INSERIMENTO DI NUOVE MALATTIE E/O GRUPPI

CODICE MALATTIA	NUOVA MALATTIA E/O GRUPPO
RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)
RG0041	KAWASAKI, MALATTIA DI, limitatamente alle classi di rischio AHA III-IV-V (esenzione da riconfermare dopo 5 anni)
RG0130	SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE
RI0090	INSUFFICIENZA INTESTINALE CRONICA BENIGNA (IICB), limitatamente alle forme cliniche tipo II e tipo III (esenzione da riconfermare dopo 2 anni per le forme irreversibili)
RIG030	MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)
RN0071	SPINA BIFIDA, NELLE FORME CLINICHE DI MENINGOCELE E MIELOMENINGOCELE
RNG140	DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO - ATPasi (le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA
PARTECIPAZIONE AL COSTO**

R2: MODIFICA DELLA DENOMINAZIONE DI SINGOLE MALATTIE E/O GRUPPI

CODICE MALATTIA	DENOMINAZIONE VIGENTE	NUOVA DENOMINAZIONE MALATTIA E/O GRUPPO
RC0040	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA (<i>esenzione di durata pari a 5 anni, rinnovabile</i>)	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA (<i>Fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi</i>)
RC0080	LIPODISTROFIA TOTALE	SINDROMI LIPODISTROFICHE (<i>ESCLUSO: FORME SECONDARIE LOCALIZZATE E HIV CORRELATE</i>)
RDG010	ANEMIE EREDITARIE (escluso: deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi)	ANEMIE EREDITARIE (<i>ESCLUSO DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI CON ATTIVITA' ENZIMATICA >10%</i>)

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

R3: INSERIMENTO DI NUOVI ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO (ED EVENTUALI SINONIMI)

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	NUOVI ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	NUOVO SINONIMO
RBG010	NEUROFIBROMATOSI	NEUROFIBROMATOSI TIPO 1	MALATTIA DI VON RECKLINGHAUSEN
RBG010	NEUROFIBROMATOSI	NEUROFIBROMATOSI TIPO 2	NF2
RBG010	NEUROFIBROMATOSI	NEUROFIBROMATOSI TIPO 3	SCHWANNOMATOSI
RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	ALLAN-HERNDON-DURDLEY, SINDROME DI	
RIG030	MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	COLANGITE BILIARE PRIMITIVA	
RG0130	SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE		CLARKSON, MALATTIA DI
RIG030	MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	EPATITE AUTOIMMUNE	
RNG140	DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO - ATPasi (le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	HAILEY-HAILEY, MALATTIA DI	
RNG121	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	PITT HOPKINS, SINDROME DI	
RNG264	ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, SINDROME DI	

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	NUOVI ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	NUOVO SINONIMO
RNG090	SINDROMI DA RIARRANGIAMENTI STRUTTURALI SBILANCIATI CROMOSOMICI E GENOMICI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	PHELAN McDERMID, SINDROME DI	
RNG093	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CARATTERIZZATE DA UN ACCRESCIMENTO PRECOCE ECCESSIVO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	MACRODATTILIA PIK3CA CORRELATA	
RDG010	ANEMIE EREDITARIE (Escluso: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%)	ANEMIA EMOLITICA CRONICA NON SFERO CITICA DA DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI (con attività enzimatica < 10%)	

AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

R4: SPOSTAMENTO MALATTIE IN ALTRI GRUPPI

COLLOCAZIONE VIGENTE		NUOVA COLLOCAZIONE		
CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	CODICE MALATTIA	GRUPPO DI MALATTIA	MALATTIA: NUOVO SPOSTAMENTO
RF0061	DRAVET, SINDROME DI	RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	DRAVET, SINDROME DI (RF0061)
RF0140	WEST, SINDROME DI (codice RF0140)	RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	WEST, SINDROME DI (codice RF0140)
RN1520	LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI (codice RN1520)	RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI (codice RN1520)
RF0130	LENNOX-GASTAULT, SINDROME DI (codice RF0130)	RFG102	ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE (Le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	LENNOX-GASTAULT, SINDROME DI (codice RF0130)
RI0050	COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE	RIG030	MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE (RI0050)
RN0550	DARIER, MALATTIA DI	RNG140	DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO - ATPasi (le patologie sottoelencate, pure incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	DARIER, MALATTIA DI (RN0550)

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE
DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO**

R5: INSERIMENTO NUOVI SINONIMI

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	NUOVO SINONIMO
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3	DISAUTONOMIA FAMILIARE
RI0080	LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA		WALDMANN, MALATTIA DI (codice RC0140)
RG0130	SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE		<i>CLARKSON, MALATTIA DI</i>

**AGGIORNAMENTO ALLEGATO 7 - ELENCO MALATTIE RARE
ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO**

R6: ELIMINAZIONE ESEMPI DI MALATTIE

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ELIMINAZIONE ESEMPI DI MALATTIE
RCG084	MALATTIE PEROSSISOMIALI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	<i>ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE</i>
RCG084	MALATTIE PEROSSISOMIALI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	<i>ADRENOLEUCODISTROFIA X- LINKED</i>

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

Nel TERZO TRIMESTRE: VIGENTE

da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg.:

90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA. <i>Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna</i>
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

Nel TERZO TRIMESTRE: NUOVA DESCRIZIONE

da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg.:

90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA. <i>Solo in caso di sospetta patologia fetale e/o annessiale o materna</i>
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE
Modifiche agli allegati 11-12 del dPCM 12 GENNAIO 2017

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
Allegato 11	
Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso	
Art. 1	
Procedura di erogazione	
4. Per l'erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al presente decreto, le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrittore, i prodotti inclusi nel repertorio più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica.	il comma 4 è sostituito dal seguente: 4. Per l'erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al presente decreto, le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrittore, i prodotti più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica.
Allegato 12	
Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	
Art. 1	
Procedura di erogazione	
6. Nel caso in cui risulti necessario l'allestimento, l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita dalle figure professionali di cui al comma 4 dell'articolo 17 del presente decreto, nell'ambito del contratto di fornitura di cui all'articolo 3.	Il comma 6 è sostituito dal seguente: 6. Nel caso in cui risulti necessario l'allestimento, l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie erogato mediante gara di appalto , la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita dalle figure professionali di cui al comma 4 dell'articolo 17 del presente decreto, nell'ambito del contratto di fornitura di cui all'articolo 3.
	Dopo il comma 7 è inserito il seguente: 7Bis. Sono parimenti erogate su prescrizione dello specialista le prestazioni di riparazione o sostituzione di componenti degli ausili di serie indicati nell'elenco 2A allegato 5 al presente decreto erogati mediante corresponsione di tariffa.
Art.3	
Fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B	
2. Nelle more dell'istituzione del Repertorio dei dispositivi di serie di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 , per l'erogazione dei dispositivi di serie inclusi negli elenchi 2A e 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto, e per la determinazione dei relativi prezzi di acquisto le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente. I capitolati di gara prevedono che i soggetti aggiudicatari assicurino, quando prescritto dal medico e in ogni caso per la fornitura di apparecchi acustici , l'adattamento o la personalizzazione dei dispositivi da parte di professionisti sanitari abilitati all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria, nonché la manutenzione, la riparazione o la sostituzione di componenti dei dispositivi stessi. Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la qualità delle forniture, la durata del periodo di garanzia oltre quello fissato dalla normativa di settore, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.	Il Comma 2 è sostituito dal seguente: 2. Per l'erogazione dei dispositivi di serie inclusi negli elenchi 2A e 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al presente decreto erogati mediante gara di appalto e per la determinazione dei relativi prezzi di acquisto, le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente. I capitolati di gara prevedono che i soggetti aggiudicatari assicurino, quando prescritto dal medico, l'adattamento o la personalizzazione dei dispositivi da parte di professionisti sanitari abilitati all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria, nonché la manutenzione, la riparazione o la sostituzione di componenti dei dispositivi stessi. Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la qualità delle forniture, la durata del periodo di garanzia oltre quello fissato dalla normativa di settore, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.
	Dopo il comma 2 è inserito il seguente: 2bis. Per la classe di ausili 22.06 (ausili per l'udito), contenuti nell'allegato 2A è prevista la modalità di erogazione a tariffa della relativa prestazione, ai sensi dell'articolo 8 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni.

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
<p>3. Le aziende sanitarie locali assicurano che i dispositivi di serie inclusi nell'elenco 2A, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, siano applicati o messi in uso da un professionista sanitario abilitato all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria. A questo fine le aziende sanitarie locali possono avvalersi di professionisti sanitari operanti presso le stesse, presso soggetti privati convenzionati con l'azienda sanitaria locale (Centri Ausili), presso i soggetti accreditati e contrattualizzati per la erogazione dei dispositivi su misura di cui all'articolo 2 della presente Intesa ovvero di professionisti sanitari messi a disposizione dalle aziende aggiudicatarie delle procedure pubbliche di acquisto. La remunerazione del servizio di messa in uso è fissata nell'ambito delle convenzioni, dei contratti o dei capitolati di gara. Per i dispositivi di cui all'elenco 2B, il soggetto fornitore assicura in ogni caso all'assistito le istruzioni necessarie per il corretto utilizzo del dispositivo.</p>	<p>Il comma 3 è sostituito dal seguente: 3. Le aziende sanitarie locali assicurano che i dispositivi di serie inclusi nell'elenco 2A erogati mediante gara, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, siano applicati o messi in uso da un professionista sanitario abilitato all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria. A questo fine le aziende sanitarie locali possono avvalersi di professionisti sanitari operanti presso le stesse, presso soggetti privati convenzionati con l'azienda sanitaria locale (Centri Ausili), presso i soggetti accreditati e contrattualizzati per la erogazione dei dispositivi su misura di cui all'articolo 2 della presente Intesa ovvero di professionisti sanitari messi a disposizione dalle aziende aggiudicatarie delle procedure pubbliche di acquisto. La remunerazione del servizio di messa in uso è fissata nell'ambito delle convenzioni, dei contratti o dei capitolati di gara. Per i dispositivi di serie presenti nell'elenco 2A erogati mediante corresponsione di tariffa, le prestazioni sopra elencate sono incluse nella tariffa stessa. Per i dispositivi di cui all'elenco 2B, il soggetto fornitore assicura in ogni caso all'assistito le istruzioni necessarie per il corretto utilizzo del dispositivo.</p>

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DM ISORISORSE

Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze

recante

“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”

Relazione illustrativa

Introduzione

L'articolo 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, ha previsto, “nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale (d'ora in avanti “Commissione”).

La Commissione nella prima composizione è stata istituita con Decreto ministeriale 16 giugno 2016 e, a seguito dell'avvicendamento nell'incarico di alcuni componenti, ha modificato la propria composizione (con decreti del Ministro pro tempore, 17 ottobre 2016 e 10 febbraio 2017).

Dall'insediamento della Commissione non ha più operato la Sezione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza istituita presso il Comitato tecnico sanitario. La sezione del Comitato per la definizione e l'aggiornamento dei LEA aveva assorbito le funzioni esercitate dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 4 bis, comma 10, del decreto legge 63/2002. Il Regolamento sul riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute (D.P.R. 44/2013) ha previsto, tra gli altri, la costituzione del Comitato Tecnico Sanitario, al quale sono state trasferite le funzioni esercitate da gran parte degli organismi già operanti presso il Ministero della salute.

La Commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute è composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria e da quindici esperti qualificati (e altrettanti supplenti), di cui quattro designati dal Ministro, uno dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), uno da AGENAS, uno da AIFA, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

La Commissione, ai sensi dell'articolo 2 del decreto ministeriale istitutivo, ha operato per tre anni a decorrere dalla data di insediamento, dunque fino al mese di ottobre 2019, effettuando una proposta di aggiornamento al Sig. Ministro pro tempore, complessiva delle tematiche esaminate nel triennio di riferimento.

La mancata definizione del decreto interministeriale delle tariffe massime delle prestazioni, da adottarsi di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 64 commi 2 e 3 del dPCM 12 gennaio 2017, ha sospeso la definizione dell'iter di aggiornamento delle richieste istruite.

In particolare, in attesa dell'emanazione del c.d. decreto tariffe, i lavori della prima Commissione hanno sostanzialmente riguardato proposte attinenti alla modifica degli elenchi delle prestazioni erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale ovvero l'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la cui approvazione non comportasse ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, dunque ai sensi dell'articolo 1, comma 559 della legge 208/2015.

I primi obiettivi perseguiti sono stati quelli di correggere refusi contenuti nel dPCM 2017, eliminare prestazioni obsolete, inserire modifiche nelle definizioni e migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica, con l'inserimento, ad esempio, di precisazioni circa la non associabilità di prestazioni tra loro, la specificazione del loro contenuto (per esempio, incluso farmaco, incluso esame di base), la soppressione o l'inserimento di parentesi, virgole, punti. Si tratta di modifiche utili ad una maggiore razionalizzazione prescrittiva che si ritiene si traduca anche in una riduzione degli oneri per il SSN; a titolo esemplificativo si citano ulteriori esempi quali l'eliminazione della nota H per alcune prestazioni per le quali l'evoluzione delle tecnologie non richiede più l'obbligo di eseguire la prestazione in un ambulatorio collocato in ambito ospedaliero o funzionalmente collegato all'ospedale, oppure l'introduzione della nota medesima in relazione alla necessità di garantire sicurezza al paziente. Peraltro, l'entrata in vigore del decreto 25 novembre 2024 ha determinato la necessità, al fine di adeguare i sistemi informativi regionali, i Cup, gli applicativi dei MMG e PLS, di effettuare gli opportuni correttivi.

La prima Commissione istituita ai sensi della legge 208/2015, ha cessato il proprio mandato nell'ottobre del 2019, la successiva, costituita con decreto ministeriale del 5 maggio 2020, si è insediata il 28 luglio 2020 e ha concluso il proprio mandato nel luglio del 2023. La Commissione attualmente in carica al suo terzo mandato, costituita con decreto ministeriale 18 marzo 2024 si è insediata il 18 luglio 2024. I decreti ministeriali sono pubblicati nell'apposita sezione del portale del Ministero della Salute.

Tutte le Commissioni hanno attivato la linea di collaborazione con il Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'Istituto Superiore di Sanità (CNEC-ISS) mediante specifico accordo per l'acquisizione di pareri tecnico-scientifici su alcune delle richieste di aggiornamento pervenute e, per espletare al meglio le sue funzioni, si è articolata in Sottocommissioni.

In alcuni casi, data la complessità dei temi affrontati, le Sottocommissioni hanno chiesto di avere il supporto tecnico da parte di esperti esterni e/o di conoscere l'esperienza delle Regioni su alcuni selezionati temi. Sono state, pertanto, convocate specifiche audizioni, autorizzate dal Signor Ministro.

A decorrere dal giugno 2019 è stato, inoltre, attivato sul portale del Ministero della Salute il sistema per le richieste di aggiornamento dei LEA, con il quale si è inteso fornire un percorso strutturato e trasparente agli stakeholder, pubblici e privati, sulle modalità di attivazione del percorso di revisione dei livelli essenziali di assistenza, collegando tutti gli attori coinvolti: Commissione aggiornamento LEA, Cabina di Regia HTA, AGENAS, AIFA, ISS, attraverso un percorso di back office volto a garantire la valorizzazione delle rispettive competenze.

I proponenti che hanno effettuato richiesta di aggiornamento sono stati anche cittadini e associazioni di pazienti, oltre alle società scientifiche ed istituzioni sanitarie, aziende produttrici e loro associazioni.

La Commissione ha esaminato le richieste di inclusione nei LEA di nuove prestazioni e/o servizi; la modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi nei LEA (per esempio: estensione dell'indicazione di una prestazione/servizio; introduzione o modifica di condizioni di erogabilità; trasferimento di prestazioni da un setting assistenziale a un altro, ecc.); l'esclusione di prestazioni e/o servizi inclusi nei LEA; le nuove esenzioni per patologia o modifica delle prestazioni erogabili in esenzione.

Con l'articolo 1, comma 288, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, è stato previsto uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per all'aggiornamento delle prestazioni LEA. Tale somma è a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

La Commissione, ha dunque proceduto anche ad aggiornamenti comportanti oneri a carico delle finanze pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 554 della legge 208/2015.

In entrambi i procedimenti di aggiornamento sopra descritti, comportanti o meno oneri, l'elemento fondamentale è legato alla formulazione di una proposta articolata e motivata, basata su elementi oggettivi,

supportata dalla raccolta delle evidenze disponibili per rendere maggiormente strutturato il processo. La Commissione ha operato in modo rigoroso e allo stesso tempo prudentiale, valutando le evidenze scientifiche a supporto degli eventuali aggiornamenti. Il concetto di essenzialità, infatti, presuppone quello di efficacia, in quanto non avrebbe senso qualificare come essenziale una prestazione di non certificata efficacia. Ciò ha comportato che una percentuale considerevole di richieste di aggiornamento non siano state approvate già in sede di pre istruttoria dalle Sottocommissioni, con successiva validazione e approvazione in seduta plenaria, essendo valutate con esito negativo o non pertinenti, appunto in quanto non rientranti nei criteri dettati fin decreto legislativo 124/98, per l'aggiornamento dei LEA.

La presente Relazione illustra le proposte di aggiornamento effettuate ai sensi dell'articolo 1, comma 559 della legge 208/2015, che non comportano incremento di oneri a carico della finanza pubblica.

Considerato che il lavoro svolto da entrambe le Commissioni LEA, è stato eseguito apportando modifiche al dPCM 12 gennaio 2017 che riguardano molti degli allegati al medesimo decreto, oltre che all'articolato e consistono in aggiornamenti effettuati tenuto conto di una visione sistematica dei livelli essenziali di assistenza, le proposte sono dettagliate nella seguente tabella sinottica.

In particolare, occorre evidenziare che alcuni aggiornamenti con oneri a carico della finanza pubblica contenuti nella proposta di aggiornamento ex articolo 1, comma 554 della legge 208/2015, potrebbero avere rilevanza anche in riferimento alla necessità di aggiornamento integrato ex articolo 1 comma 559, del decreto ministeriale, per una compiuta riforma dei livelli essenziali di assistenza.

Struttura dPCM 12 gennaio 2017	Struttura DM di aggiornamento (senza oneri)	Struttura dPCM di aggiornamento (con oneri)
Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Allegato A Prevenzione collettiva e sanità pubblica <ul style="list-style-type: none"> inserimento dello screening neonatale dell'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) 	Allegato A Prevenzione collettiva e sanità pubblica <ul style="list-style-type: none"> inserimento del programma di screening e di sorveglianza dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella e/o ovaio inserimento dello screening neonatale esteso: Immunodeficienze combinate gravi (SCID); Deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID) e deficit di purina nucleoside fosforilasi (PNP-SCID); Iperplasia Surrenalica Congenita da deficit della 21-Idrossilasi; Mucopolisaccaridosi tipo 1(MPS I); Screening neonatale Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Malattia di Fabry; Malattia di Gaucher – Deficit di glucocerebrosidasi. Malattie di Pompe (Glicogenosi tipo 2)
Allegato 2 Ausili monouso	Allegato M Ausili monouso <ul style="list-style-type: none"> correzione dei refusi foglio M1 modifiche di denominazione foglio M2 modifiche di descrizione foglio M3 inserimento note foglio M4 	Nessun aggiornamento

Allegato 3 Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4 Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	Allegato B Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di prestazioni foglio B1 • modifiche descrizione di prestazioni foglio B2 • modifica di codici prestazioni foglio B3 • eliminazione/inserimento note H e note R foglio B4 • prestazioni eliminate foglio B5 • modifica della riconduzione alle branche foglio B6 • inserimento codice di patologia di cui all'allegato 4 GEN COLONNA E foglio B7 • aggiornamenti composizione pacchetti di Radioterapia foglio B8 • legenda 	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuove prestazioni foglio B • modifiche descrizione di prestazioni foglio B1 • modifica dell'allegato 4 GEN COLONNA "E" foglio B2
Allegato 4A Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4B Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4C Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche	Nessun aggiornamento	Nessun aggiornamento
Allegato 4D Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità-indicazioni appropriatezza prescrittiva	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B9 • modifica/inserimento di indicazioni di appropriatezza foglio B10 	Allegato B Assistenza specialistica ambulatoriale <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B3 • modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza foglio B4
Allegato 5 Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B) Elenco 1	Allegato C Assistenza protesica	Allegato C Assistenza protesica

<p>Elenco 2A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • modifiche di denominazione foglio C1.1 • modifiche di descrizione foglio C1.2 • modifiche dei codici foglio C1.3 • eliminazioni nel foglio C1.4 	<ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuovi ausili nell'elenco 1 foglio C1
<p>Elenco 2B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nuovi inserimenti foglio C2A.1 • modifiche di descrizione foglio C2A.2 • modifiche codici foglio C2A.3 	<p>Nessun aggiornamento</p>
<p>Elenco 2B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • modifiche di denominazione foglio C2B.1 • modifiche di descrizione foglio C2B.2 • modifiche dei codici foglio C2B.3 • modifiche delle note foglio C2B.4 • eliminazioni foglio C2B.5 	<ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuovi ausili nell'elenco 2B – foglio C2B
<p>Allegato 6A DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria</p>	<p>Allegato N DGR ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria (sostituisce integralmente l'allegato vigente)</p>	<p>Nessun aggiornamento</p>
<p>Allegato 6B Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale</p>	<p>Nessun aggiornamento</p>	<p>Nessun aggiornamento</p>
<p>Allegato 7 Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo</p>	<p>Allegato R Esenzione per malattie rare</p> <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuove malattie e/o gruppi foglio R1 • modifica della denominazione di singole malattie/gruppi foglio R2 • inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo foglio R3 • spostamento di malattie in altri gruppi foglio R4 • inserimento di nuovi sinonimi di malattie foglio R5 • eliminazione di esempi di malattie foglio R6 	<p>Nessun aggiornamento</p>

Allegato 8 Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti	Allegato D Esenzione per malattie croniche e invalidanti <ul style="list-style-type: none"> • modifica della denominazione di singole malattie o condizioni foglio D1 • modifica della descrizione delle prestazioni foglio D2 • modifica degli elenchi delle prestazioni foglio D3 • prestazioni eliminate foglio D4 	Allegato D Esenzione per malattie croniche e invalidanti <ul style="list-style-type: none"> • inserimento di nuova malattia o condizione esente – foglio D • modifica della tabella di corrispondenza - foglio D1; • inserimento di prestazioni esenti per nuove malattie – foglio D2 • integrazione elenchi di prestazioni per malattie/condizioni già esenti – foglio D3 • eliminazione di prestazioni per malattie/condizioni già esenti – foglio D4
Allegato 8 bis Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti (vecchio elenco)	Decade all'entrata in vigore dell'allegato 8 (art 64 dPCM 12 gennaio 2017)	
Allegato 9 Assistenza termale	Allegato F Assistenza termale (sostituisce integralmente l'allegato vigente)	Nessun aggiornamento
Allegato 10 Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale (10A), prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo (10B) e condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo (10C)	Allegato T Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo <ul style="list-style-type: none"> • inserimento dell'Ecografia ostetrica nell'allegato 10B 	Allegato E Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo <ul style="list-style-type: none"> • inserimento della prestazione: VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
Allegato 11 Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso	Modificato secondo quanto indicato nell' Allegato V Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	Nessun aggiornamento
Allegato 12 Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	Modificato secondo quanto indicato nell' Allegato V Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica	Nessun aggiornamento

Lo schema di decreto ministeriale è articolato in 12 articoli:

L' articolo 1 enuncia il contenuto del provvedimento.

L' articolo 2 è relativo agli aggiornamenti nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" di cui all'allegato 1 del dPCM 2017.

L' articolo 3 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui all'allegato 2 del dPCM 2017.

L' articolo 4 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 del dPCM 2017.

L' articolo 5 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi elencati nel nomenclatore di cui all'allegato 5 del dPCM 2017.

L' articolo 6 è relativo agli aggiornamenti dei DRG relativi ai ricoveri in regime di degenza ordinaria ad alto rischio di non appropriatezza di cui all'allegato 6A del dPCM 2017.

L' articolo 7 è relativo agli aggiornamenti in materia di esenzione per le persone affette dalle malattie rare di cui all'allegato 7 del dPCM 2017.

L' articolo 8 è relativo agli aggiornamenti in materia di esenzione per le persone affette malattie croniche e invalidanti di cui all'allegato 8 del dPCM 2017.

L' articolo 9 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni di assistenza termale di cui all'allegato 9 del dPCM 2017.

L' articolo 10 è relativo agli aggiornamenti delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, di cui all'allegato 10B del dPCM 2017.

L' articolo 11 riguarda la clausola di invarianza finanziaria.

L' articolo 12 concerne le norme finali e transitorie.

Si illustrano brevemente di seguito i contenuti del provvedimento relativi agli articoli 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

Art.1

La disposizione enuncia il contenuto del provvedimento ed elenca gli articoli 11, 14, 17, 18, 27, 33, 35 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ai quali sono state apportate correzioni testuali dettagliate nell'allegato 1. In particolare è sostituita la parola "menomazione" con la parola "disabilità" in coerenza con le indicazioni impartite dalla classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) sviluppato dall'OMS.

Si è provveduto a specificare dettagliatamente la tipologia di assistiti a cui è destinata l'erogazione dei dispositivi monouso, nel testo del comma 1 dell'articolo 11 dPCM LEA, aggiungendo i soggetti laringectomizzati, cui sono da sempre destinate le cannule tracheali, e gli assistiti affetti da alcune malattie rare di natura dermatologica cui l'allegato 2 destina alcuni dispositivi (codici 04.49.24.703 e 04.49.24.903).

Nel primo caso, si tratta di una precisazione che non estende l'applicazione della disposizione, atteso che i "laringectomizzati" sono anche "tracheostomizzati" e, in quanto tali, sono già considerati tra i destinatari di alcuni ausili. Nel secondo caso, il riferimento ai malati rari nel corpo dell'articolo ha lo scopo di allineare il testo a quanto già esplicitato nell'allegato 2 del dPCM 12 gennaio 2017.

È prevista una migliore definizione dell'articolo 14, comma 3 del dPCM LEA, di natura meramente descrittiva. Le aggiunte effettuate al comma 4 dell'articolo 17 ("Per gli ausili di serie presenti nell'elenco 2A erogati a tariffa, quest'ultima è comprensiva delle prestazioni necessarie per l'adattamento e la personalizzazione") e al comma 10 dell'articolo 18 ("e nell'elenco 2A limitatamente per quelli erogati a tariffa") si sono rese necessarie in coerenza con le modifiche apportate alla modalità di erogazione degli ausili per l'udito inclusi nell'elenco 2A dell'allegato 5, erogabili anche a tariffa.

La modifica apportata all'articolo 27, comma 1 (che dopo la parola "distrettuale" inserisce il termine "domiciliare") ha natura esplicativa.

Le modifiche apportate all'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) in una prima fase erano state proposte in aggiornamento con la seguente formulazione: le parole "*della durata massima di*" sono sostituite con "*che non superano, di norma, i*" alla luce di quanto stabilito nella sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. Lazio n.13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022.

Tale sentenza, resa contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e Finanze, ha disposto l'annullamento dell'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) del dPCM 2017,

per via della previsione di un rigido termine di scadenza del trattamento, senza la possibilità di eventuali proroghe connesse a valutazioni concrete che confermino l'utilità del trattamento. Successivamente è intervenuta la sentenza del Consiglio di Stato n. 5862/2024, con cui è stato accolto l'appello sul ricorso in ottemperanza ex art. 112 c.p.a per ottenere l'immediata, corretta ed integrale esecuzione della sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. del Lazio n. 13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022, e ordinato all'Amministrazione di dare corretta ed immediata esecuzione della sentenza n. 13985/2022, affinché, nelle more della definizione del procedimento delineato dalla Legge n. 208/2015 per l'aggiornamento dei L.E.A., venisse adottata ogni utile misura organizzativa idonea ad impartire disposizioni uniformi ed omogenee su tutto il territorio nazionale in relazione ai trattamenti di cui all'art. 33, comma 2, lettere a) e b), del dPCM 12 gennaio 2017.

Le modifiche attualmente proposte, riformulate alla luce della sentenza sopra citata, renderebbero coerenti le predette disposizioni con le altre disposizioni del dPCM relative all'area dell'Assistenza sociosanitaria - le quali prevedono trattamenti di durata flessibile, collegata alla valutazione dell'utilità dell'intervento a cura dell'equipe preposta di volta in volta alla valutazione della condizione clinica dell'assistito - contestualmente ottemperando all'ordine dell'autorità giudiziaria.

Si rileva, infatti, che sebbene per i trattamenti disciplinati dalle disposizioni del dPCM in oggetto, a seguito dell'annullamento di cui alla sentenza del Tar in parola, non siano più previsti termini rigidi, tali trattamenti seguitano ad avere uno stretto collegamento con la valutazione multidimensionale, la quale costituisce la base per identificare la tipologia di assistenza da garantire (art. 33, comma 1, dPCM 12 gennaio 2017, e ribadita più di recente dal DM 23 maggio 2022, n. 77).

Si fa presente, inoltre, che i termini, come originariamente modulati, seppure annullati, continuano a parametrare la durata ordinaria dei trattamenti stessi.

Come ribadito nel Rapporto Salute mentale anno 2022, la tipologia di strutture in oggetto: *“hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La Struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa”*.

Inoltre, nel Rapporto [Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)] curato dalla competente ex direzione della prevenzione sanitaria e dalla ex Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, si rileva che gli utenti psichiatrici in cura presso strutture residenziali, nell'anno di osservazione 2022, sono pari a 28.738 unità.

La distribuzione regionale delle giornate di degenza nelle strutture residenziali psichiatriche per tipologia di struttura riporta un dato nazionale pari a 10.919.751, molto variabile a livello regionale poiché influenzato sia dalla domanda di trattamento, quindi dall'ammontare della popolazione, sia dall'offerta assistenziale territoriale.

Tuttavia la durata media delle giornate di degenza per i trattamenti in parola, è ampiamente al di sotto della durata massima stabilita dall'attuale previsione.

In particolare, nelle SRP1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.545.282 per un numero di utenti, pari a 7096, che corrisponde ad una degenza media di 218 giornate pari a 7,3 mesi (a fronte dei 18 mesi prorogabili per ulteriori 6 mesi).

Nelle SRP2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.888.249, per un numero di utenti pari a 4282, che corrisponde ad una degenza media di 441 giornate pari a 14,7 mesi (a fronte dei 36 mesi prorogabili per 12 mesi).

Il Rapporto ISTISAN 23/9 dell'ISS, “Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive” prodotto dal gruppo di lavoro costituito in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, presenta un'analisi della residenzialità psichiatrica effettuata attraverso la ricognizione dei riferimenti normativi, la rassegna dei modelli di classificazione adottati in Italia e a livello internazionale e delle definizioni operative relative alle caratteristiche strutturali, organizzative e delle tipologie dei processi assistenziali. Nel citato rapporto si ribadisce che: *L'aumento della stabilità residenziale di lungo periodo generalizzata che emerge con chiarezza da tutti i dati disponibili non sembra adeguata alla maggior parte dei pazienti che afferiscono oggi ai servizi di salute mentale. Questi lunghi tempi di permanenza comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale.”*

L'istituzione delle strutture residenziali, si aggiunge, è pensata *“quale tappa di un percorso di deistituzionalizzazione della persona con disturbo mentale verso la prospettiva di un sempre maggiore recupero delle abilità sociali, lavorative e relazionali laddove possibile e all'interno di un progetto personalizzato nello spirito originale della riforma psichiatrica”*.

Si ribadisce, tuttavia, che le modifiche in parola vanno lette alla luce dell'impianto complessivo in tema di percorsi assistenziali integrati, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico.

Le disposizioni, pertanto, sono di natura formale e non comportano oneri per il SSN.

Si specifica che le disposizioni di cui si propone la modifica erano già state annullate, per i medesimi motivi, dal Consiglio di Stato con sentenza n. 1858/2019.

Con la predetta pronuncia l'Alto Consesso, aveva, altresì, disposto l'annullamento dell'articolo 35 dPCM 12 gennaio 2017, limitatamente alle ipotesi di cui ai commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b). Per tale ragione si è proceduto alla modifica dell'articolo 35, commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b) (le parole "*della durata massima di*" sono sostituite dalle parole "*che non superano, di norma, i*"). Anche in questo caso, le modifiche proposte andrebbero a rendere coerenti le disposizioni in parola con l'assetto previsto per l'area dell'Assistenza socio-sanitaria.

La modifica all'articolo 38, comma 2, che al primo periodo, dopo le parole "clinici e strumentali", inserisce le parole "e degli interventi riabilitativi immediati" adempie alla condizione, posta dalla XII Commissione parlamentare Igiene e Sanità, sul dPCM 12 gennaio 2017, esplicitando che il trattamento in regime di ricovero ordinario include gli "interventi riabilitativi immediati". La disposizione ha natura esplicativa.

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

Ai sensi della legge 19 agosto 2016 n. 167 e sue modifiche e integrazioni, recante "*Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie*", si include tra i livelli essenziali di assistenza lo Screening neonatale esteso per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), all'interno dell'Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" del dPCM 2017 come previsto dall'allegato A. La SMA è una malattia neurodegenerativa genetica rara ed è una delle principali cause genetiche di morte infantile. Tale aggiornamento tiene conto della proposta formulata dal Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso istituito presso il Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione sanitaria- con decreto del Viceministro della salute del 17 settembre 2020 e successivo decreto direttoriale del 13 novembre 2020, e costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle Istituzioni (Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Regioni) e delle Associazioni di pazienti. L'introduzione nello Screening neonatale esteso dell'Atrofia Muscolare Spinale è in linea con quanto riportato dall'articolo 4 del decreto ministeriale 13 ottobre 2016, recante "*Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie*", che definisce il Sistema di screening neonatale come un'organizzazione regionale o interregionale a carattere multidisciplinare composta da vari livelli, deputata a garantire l'intero percorso dello screening neonatale dal test di screening, alla conferma diagnostica, alla presa in carico e al trattamento del neonato, con un coordinamento regionale dell'intero sistema di screening neonatale.

Art. 3

(Ausili monouso)

L'articolo 3, comma 1, lettere a), b), c), d), riporta le modifiche all'allegato 2 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato "M" al presente decreto, si tratta per lo più di specifiche nella descrizione del dispositivo/tipologia di beneficiari.

Il predetto allegato "M", infatti, riporta:

- a) gli aggiornamenti concernenti la correzione dei refusi nell'allegato M - foglio M1 aggiunta di filtri umidificatori e adesivi stomali per laringectomizzati;
- b) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di denominazione nell'allegato M - foglio M2 il termine condom viene sostituito dal termine catetere maschile esterno per urina, guaina con specifica di catetere maschile esterno ed eliminato materiale ipoallergenico, viene aggiunto laringectomia agli ausili per tracheostomia;
- c) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di descrizione nell'allegato M - foglio M3 con eliminazione della valvola antireflusso per le stomie e delle ernie peristomali e prolapsi per gli ausili per irrigazione dell'intestino, aggiunta degli adesivi stomali e filtri umidificatori per laringectomizzati negli ausili per tracheostomia e laringectomia;

d) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento della nota nell'allegato M - foglio M4 onde garantire la massima adattabilità di detti ausili alla conformazione antropometrica del neonato/bambino. L'allegato 11 "Modalità di erogazione degli dispositivi medici monouso" è modificato all'articolo 1, comma 4, come riportato nell'allegato V eliminando "inclusi nel repertorio" per la sopravvenuta normativa europea di disciplina della materia.

Art. 4

(Assistenza specialistica ambulatoriale)

Il comma 1 dell'articolo 4 riporta le modifiche isorisorse all'allegato 4 e all'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "B" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di prestazioni (allegato B – foglio B1): si tratta di prestazioni che sostituiscono prestazioni già inserite nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, rispondendo a esigenze clinico diagnostiche più avanzate o che possono essere utilizzate in alternativa ad altre prestazioni;
- b) modifiche nella descrizione della prestazione (allegato B – foglio B2): vengono inserite precisazioni circa la non associabilità di prestazioni tra loro, la specificazione del contenuto della prestazione (incluso farmaco, incluso esame di base, escluso ANGIO TC, ecc.); sono soppresse o inserite parentesi, virgole, punti. La non associabilità e la migliore specificazione inducono una maggiore razionalizzazione prescrittiva. Per quanto attiene alla prestazione di "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie", modificata in "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI)". Si tratta di prestazioni, documentate dall'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) in circa 500 pazienti trattati/anno in grado di evitare ricoveri inappropriati per la loro esecuzione che, in assistiti fragili e/o con caratteristiche cliniche complesse non possono essere erogate in ambulatorio;
- c) modifica di codici (allegato B - foglio B3): le modifiche riguardano la mera correzione di codici errati, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate;
- d) eliminazione/inserimento di nota H e nota R (allegato B – foglio B4): l'inserimento della nota H per due prestazioni comporta l'obbligo che le stesse prestazioni siano eseguite "in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure funzionalmente collegati a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura" viceversa, l'eliminazione della nota H per alcune prestazioni comporta il venir meno di tale obbligo. La nota R indica che le prestazioni possono essere erogate da strutture appositamente individuate dalle Regioni. L'inserimento della nota H è funzionale ad una garanzia di maggiore sicurezza per i pazienti, mentre la nota è eliminata per le prestazioni per le quali non esiste più questa necessità.
- e) prestazioni eliminate (allegato B – foglio B5): sono soppresse alcune prestazioni o perché tecnicamente obsolete, o perché non più clinicamente significative, o perché nella pratica clinica sono sostituite da altre prestazioni, oppure perché si tratta di procedure che, essendo parte integrante di prestazioni descritte e codificate, non hanno ragione di essere prescritte singolarmente. Si riportano, a titolo di esempio, la Spirometria separata dei due polmoni, l'Ecografia monolaterale della mammella, la ricerca dell'Antigene HDVAg;
- f) modifica della riconduzione alle branche (allegato B - foglio B6): sono state attribuite ulteriori branche specialistiche in aggiunta alle precedenti. Si precisa che, in via generale, la riconduzione alle branche ha il significato di regolare la partecipazione al costo da parte del cittadino non esente in quanto, ai sensi della normativa vigente, ogni prescrizione può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica;
- g) attribuzione di nuove indicazioni di appropriatezza prescrittiva ad alcune prestazioni, precedentemente prive di note (allegato B – foglio B7);
- h) i nuovi codici della Radioterapia (allegato B – foglio B8) introducono forme aggregate (pacchetti) di prestazioni già presenti nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, modulati per complessità e intensità crescenti, la cui prescrizione ed erogazione sostituirà le singole prestazioni che, invece, vengono eliminate. Questo consentirà maggiore aderenza alle necessità terapeutiche della specifica condizione clinica in termini di appropriatezza delle prestazioni. La correlazione tra ogni singolo pacchetto e le prestazioni che vi sono contenute è resa disponibile alle Regioni e alle Aziende del SSN in uno specifico allegato al presente decreto utilizzabile esclusivamente a fini amministrativo contabili.

- i) inserimento del nuovo codice G030 “Stato mutazionale prognostico per carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce” nell’allegato 4 GEN colonna E - anatomia patologica (foglio B9): finalizzato all’erogazione appropriata della nuova prestazione 91.61.3.
Si tratta di una prestazione necessaria ad una migliore caratterizzazione del Carcinoma mammario ormonoresponsivo e corredata dalla corrispondente nota che indica le specifiche condizioni di erogabilità;
- j) modifica di alcune indicazioni di appropriatezza prescrittiva/condizione di erogabilità (allegato B – foglio B10) con la riduzione o l’ampliamento delle patologie per il cui trattamento la prestazione è appropriatamente prescritta: si tratta di indicazioni in grado di migliorare l’appropriatezza prescrittiva e quindi potenzialmente in grado di indurre una razionalizzazione delle risorse.

Di seguito, si descrivono dettagliatamente le prestazioni, caratterizzate da una maggiore significatività in termini di appropriatezza e relative ad un fabbisogno assistenziale inespresso che è necessario colmare, inserite nell’allegato B:

RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE

È una procedura abitualmente erogata in DH, che si potrà eseguire in regime ambulatoriale.

MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1) -
MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14) -
MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)

Attualmente nel nomenclatore sono presenti i tre codici (42.33.1, 43.41.1, 45.30.1) indifferentemente utilizzati per la mucosectomia e la polipectomia. Sono state definite e tariffate separatamente le 3 prestazioni di mucosectomia (esofago, duodeno, stomaco) e le 3 di polipectomia (esofago, duodeno, stomaco).

MAMMOGRAFIA MONO E BILATERALE SENZA O CON MDC

Si tratta dell’inserimento della mammografia con mezzo di contrasto (CEM) tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale (allegato 4 al dPCM LEA 12 gennaio 2017). La metodica combina le informazioni morfologiche della mammografia digitale con quelle funzionali grazie all’utilizzo del mezzo di contrasto iodato per la valutazione della neoangiogenesi tumorale, analogamente alla risonanza magnetica (RM). La CEM può essere eseguita in ogni radiologia in cui esista un mammografo digitale di nuova generazione ed è meno costosa rispetto alla Risonanza magnetica mammaria, le cui apparecchiature sono molto meno presenti sul territorio. Inoltre, l’introduzione della CEM ridurrebbe notevolmente le richieste per la RM e quindi anche le liste di attesa.

MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE

La prestazione in questione (Multispettrometria ecografica – REMS: Radiofrequency Echographic Multi Spectrometry) rappresenta un nuovo metodo in grado di fornire un parametro diagnostico accurato per la misurazione diretta non ionizzante della densità ossea (BMD) impiegabile per la valutazione del rischio di frattura in pazienti pediatrici, in donne in gravidanza e in pazienti a rischio di osteoporosi secondaria, ad esempio pazienti diabetici o oncologici.

ALBUMINA GLICATA

La proteina albumina glicata è utile nella valutazione dello stato glicemico nelle condizioni in cui l’utilizzo dell’emoglobina glicata non risulta sufficientemente accurato, tra cui i casi di emoglobinopatie, anemia, o altre condizioni interferenti.

La modifica consiste nell’inserimento nell’allegato 4 della prestazione “90.05.6 Albumina glicata” con la relativa condizione di erogabilità Nota 113: “Non indicato a fini diagnostici, prescrivibile solo per il monitoraggio glicemico di pazienti con condizioni che possono interferire con le concentrazioni di emoglobina glicata (HbA1c)”:

- 1) Pazienti con diabete mellito in ALTERNATIVA all’esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c), limitatamente alle seguenti condizioni:

- pazienti con emoglobinopatia
- pazienti con emoglobina < 10 g/dl
- gravidanza

2) Pazienti con diabete gestazionale in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c)".

Si rileva che la prestazione è prescrivibile esclusivamente in alternativa all'Emoglobina glicata ed esclusivamente nelle condizioni cliniche definite dalla "condizione di erogabilità" (Nota 113).

Nei paragrafi 2 e 3 dell'allegato 4C, in corrispondenza del titolo "Prestazioni", le parole "riportate nell'allegato 1" sono sostituite dalle parole "nell'allegato 4"; nel paragrafo 2 del medesimo allegato è soppressa la lettera b) "il trattamento della patologia cariosa" e alla voce "b) altre prestazioni" le parole "grado 5° dell'indice IOTN" sono sostituite dalle seguenti "grado 4° e 5° dell'indice IOTN".

In relazione ai nuovi codici proposti, si precisa che gli stessi potrebbero essere oggetto di ulteriori definizioni a seguito delle valutazioni di carattere amministrativo e tecnico informatico risultanti dal confronto con le Regioni.

Art 5 (Assistenza protesica)

All'allegato 5 del dPCM 12 gennaio 2017 si provvede ad aggiornare la definizione degli ausili degli elenchi 1, 2A, 2B in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017.

Il comma 2 dell'articolo 5 del decreto ministeriale rinvia alle modifiche isorisorse dell'allegato 5 al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "C" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di nuove prestazioni nell'elenco 2A (C 2A.1): in coerenza con la modifica di erogazione degli ausili uditivi anche a tariffa sono state reintrodotte per gli apparecchi acustici le riparazioni prescrivibili;
- b) modifiche nella denominazione delle prestazioni incluse negli elenchi 1 (C1.1) e 2B (C2B.1) rese in linea con le nuove tecnologie;
- c) modifiche nella descrizione: sono state inserite precisazioni circa le caratteristiche dei dispositivi, le dimensioni di alcuni componenti o dei materiali di realizzazione, ridefinizione di alcuni tempi minimi di rinnovo, incluse negli elenchi 1 (C1.2), 2A(C2A.2) e 2B (C2B.2) al fine di ridurre le possibilità di errore e favorire una maggiore appropriatezza prescrittiva, nell'allegato C2B "Ausili di serie pronti all'uso", inoltre, è stata modificata la descrizione relativa alle protesi mammarie includendo l'erogazione per assistite con malformazioni congenite di una o entrambe le mammelle conseguente a malattia rara.
- d) modifica di codici: le modifiche riguardano la mera correzione di codici identificativi dei dispositivi, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate negli elenchi 1 (C1.3), 2A(C2A.3) e 2B (C2B.3) al fine di ridurre le possibilità di errori;
- e) modifica nota: nell'elenco 2B (C2B.4) è stata modificata una nota in considerazione dell'eliminazione di un ausilio - rialzo rimovibile morbido per wc ad altezza regolabile;
- f) eliminazione ausili: negli elenchi 1 (C1.4) e 2B (C2B.5) sono stati eliminati gli ausili tecnicamente obsoleti sostituiti da altri a tecnologia avanzata e i montascale fissi poiché oggetto di normativa specifica relativa all'abbattimento delle barriere architettoniche;

L'ALLEGATO 12 "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTETICA" è integrato in alcuni commi al fine di renderlo coerente con le modifiche introdotte nella modalità di erogazione a tariffa della prestazione relativa agli ausili per l'udito (elenco 2° classe 22.06). Nell'allegato V al presente decreto ministeriale si modifica il comma 6 art.1 specificando che la prestazione è riferita agli ausili erogati mediante gara di appalto;

si inserisce il comma 7bis per le riparazioni e le sostituzioni degli apparecchi acustici erogati a tariffa;

si evidenziano, nel comma 2 e 3 art.3, disposizioni differenti per gli ausili dell'elenco "2A, a seconda della tipologia di erogazione dei medesimi.

Art. 6

(DRG ad alto rischio di non appropriatezza)

L'articolo 6 rinvia alle modifiche dell'allegato 6A al dPCM 12 gennaio 2017 che viene modificato/integrato secondo quanto indicato nell'allegato "N" al presente decreto. L'applicazione di tale modifica incrementa il numero dei DRG a rischio di inappropriatazza in ricovero ordinario è in grado di indurre il minore ricorso a ricoveri inappropriati per tali DRG.

Art. 7

(Esenzione per Malattie rare)

Si è provveduto all'aggiornamento degli elenchi delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni correlate alla malattia (diagnostiche e terapeutiche) secondo quanto indicato nell'allegato R - fogli da R1a R6.

Gli aggiornamenti riguardano l'introduzione di nuove patologie che presentano caratteristiche tali da giustificare le specifiche forme di tutela: a) il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni; b) un percorso diagnostico e assistenziale specialistico, protetto e agevolato nell'ambito della Rete nazionale Malattie Rare. Nell'individuare le nuove patologie rare si è tenuto conto dei criteri definiti dal d.lgs. 124/1998 e nello specifico della gravità clinica, del grado di invalidità, nonché della onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento. E' stato tenuto conto anche della difficoltà di diagnosi, che è la principale causa del percorso tortuoso, lungo e spesso oneroso a cui sono sottoposti, nella maggior parte dei casi, i malati di MR. Occorre precisare che la fondamentale differenza di tutela, in termini di diritto all'esenzione, offerta per le malattie rare rispetto alle malattie croniche e invalidanti è la gratuità delle prestazioni diagnostiche eseguite presso i Centri della Rete, sulla base di un sospetto diagnostico formulato da uno specialista del SSN. Sono stati introdotti anche aggiornamenti che rispondono a necessità puramente semantiche, classificatorie o ad una più accurata e specifica definizione diagnostica.

In sintesi i contenuti della proposta di aggiornamento riguardano:

1) Inserimento di nuove malattie e/o gruppi.

- a) ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE" (codice RFG102)
- b) DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO – ATPasi" (codice RNG140).
- c) MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO" (codice RIG030).
- d) KAWASAKI, MALATTIA DI, limitatamente alle classi di rischio AHA III-IV-V (esenzione da riconfermare dopo 5 anni) (codice RG0041).
- e) SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE (codice RG0130).
- f) SPINA BIFIDA, NELLE FORME CLINICHE DI MENINGOCELE E MIELOMENINGOCELE" (codice RN0071).
- g) INSUFFICIENZA INTESTINALE CRONICA BENIGNA (IICB) limitatamente alle forme cliniche tipo II e tipo III (esenzione da riconfermare dopo 2 anni per le forme irreversibili).

2) Modifica della denominazione di singole malattie/gruppi

- h) PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA "durata di esenzione fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi".
- a) SINDROMI LIPODISTROFICHE (escluso: forme secondarie localizzate e HIV correlate)". La modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica.
- b) ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%).

3) Inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo.

- a) Sindrome di Allan-Herndon-Dudley (RFG102).
- b) Sindrome di PITT HOPKINS (RNG121).
- c) COLANGITE BILIARE PRIMITIVA (RIG030).
- d) EPATITE AUTOIMMUNE (RIG030).
- e) MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, SINDROME DI (RNG264)
- f) PHELAN McDERMID, SINDROME DI (RNG090).

- g) MACRODATTILIA PIK3CA CORRELATA (RNG093).
- h) NEUROFIBROMATOSI tipo 1 (sinonimo: MALATTIA DI VON RECKLINGHAUSEN); NEUROFIBROMATOSI tipo 2 (sinonimo: NF2); NEUROFIBROMATOSI tipo 3 (SCHWANNOMATOSI) (RBG010).
- i) ANEMIA EMOLITICA CRONICA NON SFERO CITICA DA DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI (con attività enzimatica < 10%) (RDG010).
- 4) Spostamento di malattie in altri gruppi
 - a) SINDROME DI DRAVET (RF0061), LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI (RN1520), LENNOX-GASTAUT, SINDROME DI (RF0130) e WEST SINDROME DI (RF0140) vengono trasferite nel gruppo RFG102 “ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE”.
 - b) COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE (RI0050) viene trasferita nel gruppo RIG030 “MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO”.
 - c) La Malattia di Darier viene trasferita nel gruppo RNG140 “DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO – ATPasi”
- 5) Inserimento di nuovi sinonimi di malattie:
 - a) WALDMANN, MALATTIA DI relativo alla LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA.
 - b) DISAUTONOMIA FAMILIARE” relativo alla NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3.
 - c) CLARKSON, MALATTIA DI relativo alla SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE.
- 6) Eliminazione di esempi di malattie.
 - a) ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE
 - b) ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED.

Art. 8

(Esenzioni per malattie croniche e invalidanti)

Si è provveduto all’aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all’esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni finalizzate al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti. Le modifiche dell’allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 sono indicate nell’allegato “D” al presente decreto:

1. Modifica della denominazione di singole malattie o condizioni riportata nell’allegato D – foglio D1 al presente decreto: “nanismo ipofisario” (codice di esenzione 039) viene modificato in “Deficit di ormone della crescita [GH]”; la denominazione “soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici sensoriali e neuropsichici” (codice di esenzione 051) viene modificata in “soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici sensoriali e neuropsichici e del neurosviluppo”.
2. Modifica della descrizione di alcune prestazioni esenti riportate nell’allegato D – foglio D2. La modifica riguarda la descrizione delle prestazioni esenti contenute nell’allegato 8 in cogenza con le modifiche introdotte dall’allegato sulla specialistica ambulatoriale.
3. Modifica degli elenchi delle prestazioni esenti riportati nell’allegato D - foglio D3:
 - a) per il diabete mellito (codice 013) è prevista l’introduzione della nuova prestazione esente 95.11 “FOTOGRAFIA DEL FUNDUS: incluso refertazione” prescrivibile in alternativa alla prestazione già presente 95.02 “PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA”; la prescrivibilità in esenzione dell’una o dell’altra, in alternativa, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente non comporta oneri aggiuntivi per il SSN; inoltre è prevista l’introduzione della nuova prestazione esente “90.05.6 - ALBUMINA GLICATA” con condizione di erogabilità nota 113, in alternativa alla prestazione già presente “90.28.1 Hb - EMOGLOBINA GLICATA”. La prestazione “90.14.1 COLESTEROLO HDL” è reinserita in sostituzione della prestazione “90.13.B COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)”.
 - b) per l’epatite cronica (attiva) (codice di esenzione 016) la modifica della condizione di erogazione in esenzione da “In caso di trattamento con Interferone” a “In caso di trattamento” corrisponde ad una

più attuale definizione e risponde a criteri di appropriatezza in quanto il trattamento con interferone non è più utilizzato;

- c) per l'epilessia (codice 017) la prestazione esente 87.03 "TC CRANIO-ENCEFALO non associabile a TC Sella Turcica (cod. 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)" è stata sostituita con la prestazione 88.91.1 "RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM", lasciando in esenzione la prestazione 87.03 "Limitatamente ai casi in cui non sia possibile eseguire la prestazione 88.91.1" (es. per l'insorgenza di crisi epilettiche in corso di RM). Tale modifica corrisponde all'esigenza di concedere in esenzione la prestazione attualmente più appropriata ed efficace per il monitoraggio della malattia;
 - d) per il Lupus eritematoso sistemico (codice 028) la prestazione esente 93.11.D viene sostituita dalla prestazione 93.11.E. Si tratta della correzione di un refuso;
 - e) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035), la prestazione esente 87.03.1 "TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (Cod. 87.03.D)" è stata sostituita con la prestazione 88.91.L "RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)";
 - f) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035) le prestazioni esenti "90.54.4 - ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)" e "90.51.4 ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)" sono state sostituite con la prestazione "90.53.5 ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH";
 - g) per il Deficit di ormone della crescita [GH] (codice di esenzione 039) le prestazioni esenti "90.11.4 CALCIO TOTALE" e "90.35.1 ORMONE SOMATOTROPO (GH)" sono state sostituite con le prestazioni "90.27.1 GLUCOSIO" "90.14.1 COLESTEROLO HDL" "90.14.3 COLESTEROLO TOTALE" "90.43.2 TRIGLICERIDI".
4. Eliminazione di prestazione esente riportata nell'allegato D – foglio D4:
- a. la modifica riguarda l'eliminazione della prestazione 91.36.5, già eliminata dall'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ed erroneamente attribuita in esenzione per epatite cronica (attiva) (codice 016); l'eliminazione delle prestazioni CORTICOTROPINA (ACTH) e RX del torace per il codice di esenzione ipotiroidismo congenito (027); l'eliminazione della ecografia oculare per il codice di esenzione MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO (035).

In relazione ai nuovi codici proposti, si precisa che gli stessi potrebbero essere oggetto di ulteriori definizioni a seguito delle valutazioni di carattere amministrativo e tecnico informatico risultanti dal confronto con le Regioni.

Art.9 (Assistenza termale)

L'articolo rinvia alle modifiche all'allegato 9 al dPCM 12 gennaio 2017 che viene sostituito dall'allegato "F" al presente decreto.

Le modifiche isorisorse contenute nel nuovo allegato, introducendo migliori specifiche senza incrementare l'elenco delle patologie né l'elenco delle prestazioni termali, contribuiscono a razionalizzare la precedente versione dell'allegato 9 del dPCM 12 gennaio 2017 e consentono di avviare il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni in ambito termale, senza oneri aggiuntivi per il SSN.

Le modifiche comprendono:

- la nuova versione dell'elenco delle patologie per le quali gli assistiti affetti hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del SSN. Nell'elenco, ad ogni forma clinica è stato associato un codice ICD9CM, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni;
- la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili a tutti gli assistiti, con oneri a carico del SSN. Nell'elenco ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il

percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. Tale modifica comporta il puntuale inserimento in ognuna delle prestazioni della visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale, già prevista nel precedente allegato 9;

- la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili rispettivamente agli assicurati INAIL e INPS, con oneri a carico del SSN. Nei due elenchi ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. La modifica ha previsto l'eliminazione di prestazioni non più erogate in ambito INPS (irrigazioni vaginali).

Art. 10

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica,
escluse dalla partecipazione al costo)

La disposizione corregge l'allegato 10 B al dPCM 12 gennaio 2017 ("Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo") relativamente all'indicazione riferita alla prestazione di "Ecografia ostetrica" prevista nel terzo trimestre, specificando che la stessa è erogabile in esenzione in caso di "sospetta" patologia fetale e/o annessiale o materna; diversamente, non si tratterebbe di una gravidanza fisiologica.

La modifica interviene a correggere un refuso individuando correttamente la popolazione di donne che possono usufruire dell'esenzione per tale prestazione e non comporta maggiori oneri per il SSN.

Si evidenzia che, nei casi di patologia accertata, l'esenzione è già garantita dall'articolo 59, comma 4, del dPCM 12 gennaio 2017 e che, nel previgente decreto ministeriale 10 settembre 1998, l'ecografia nel terzo trimestre era garantita in esenzione a tutte le donne senza alcuna indicazione di appropriatezza.

In relazione ai nuovi codici proposti, si precisa che gli stessi potrebbero essere oggetto di ulteriori definizioni a seguito delle valutazioni di carattere amministrativo e tecnico informatico risultanti dal confronto con le Regioni.

RELAZIONE TECNICA DM ISORISORSE

Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze

recante

“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”

Relazione tecnica

La presente Relazione tecnica illustra le integrazioni, le modifiche e le correzioni al dPCM 12 gennaio 2017 e relativi allegati. Sono, altresì, indicate le motivazioni esplicative atte a attestare la neutralità finanziaria di tali disposizioni.

Art.1

L'articolo enuncia il contenuto del provvedimento ed elenca gli articoli 11, 14, 17, 18, 27, 33, 35 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ai quali sono state apportate correzioni testuali dettagliate nell'allegato 1. Le disposizioni sono di natura puramente formale e non comportano oneri per il SSN. In particolare è sostituita la parola “menomazione” con la parola “disabilità”. Si è provveduto a correggere il testo del comma 1 dell'articolo 11 dPCM LEA che, nell'identificare i destinatari dei dispositivi monouso, omette di citare i soggetti laringectomizzati, cui sono da sempre destinate le cannule tracheali, e gli assistiti affetti da alcune malattie rare di natura dermatologica cui l'allegato 2 destina alcuni dispositivi (codici 04.49.24.703 e 04.49.24.903).

Nel primo caso, si tratta di una precisazione che non estende l'applicazione della disposizione, atteso che i “laringectomizzati” sono anche “tracheostomizzati” e, in quanto tali, sono già considerati tra i destinatari di alcuni ausili. Nel secondo caso, il riferimento ai malati rari nel corpo dell'articolo ha lo scopo di allineare il testo a quanto già esplicitato nell'allegato 2 del dPCM 12 gennaio 2017.

È prevista una migliore definizione dell'articolo 14, comma 3 del dPCM LEA, di natura puramente descrittiva che non comporta oneri per il SSN.

Le modifiche apportate al comma 4 dell'articolo 17 (che aggiunge il periodo: “Per gli ausili di serie presenti nell'elenco 2A erogati a tariffa, quest'ultima è comprensiva delle prestazioni necessarie per l'adattamento e la personalizzazione”) e al comma 10 dell'articolo 18 (che aggiunge dopo la parola “dell'allegato 5” il periodo “e nell'elenco 2A limitatamente per quelli erogati a tariffa”) adeguano le disposizioni concernenti l'assistenza protesica e i destinatari delle relative prestazioni alla modifica della modalità di erogazione degli ausili per l'udito inclusi nell'elenco 2A dell'allegato 5. Dette integrazioni non comportano oneri per il SSN.

La modifica apportata all'articolo 27, comma 1 (che dopo la parola “distrettuale” inserisce il termine “domiciliare”) ha natura esplicativa e non comporta oneri a carico del SSN.

Le modifiche apportate all'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) in una prima fase erano state proposte in aggiornamento con la seguente formulazione: le parole “*della durata massima di*” sono sostituite con “*che non superano, di norma, i*” alla luce di quanto stabilito nella sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. Lazio n.13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022.

Tale sentenza, resa contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e Finanze, ha disposto l'annullamento dell'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) del dPCM 2017, per via della previsione di un rigido termine di scadenza del trattamento, senza la possibilità di eventuali proroghe connesse a valutazioni concrete che confermino l'utilità del trattamento. Successivamente è intervenuta la sentenza del Consiglio di Stato n. 5862/2024, con cui è stato accolto l'appello sul ricorso in ottemperanza ex art. 112 c.p.a per ottenere l'immediata, corretta

ed integrale esecuzione della sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. del Lazio n. 13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022, e ordinato all'Amministrazione di dare corretta ed immediata esecuzione della sentenza n. 13985/2022, affinché, nelle more della definizione del procedimento delineato dalla Legge n. 208/2015 per l'aggiornamento dei L.E.A., venisse adottata ogni utile misura organizzativa idonea ad impartire disposizioni uniformi ed omogenee su tutto il territorio nazionale in relazione ai trattamenti di cui all'art. 33, comma 2, lettere a) e b), del dPCM 12 gennaio 2017.

Le modifiche attualmente proposte, riformulate alla luce della sentenza sopra citata, renderebbero coerenti le predette disposizioni con le altre disposizioni del dPCM relative all'area dell'Assistenza socio-sanitaria - le quali prevedono trattamenti di durata flessibile, collegata alla valutazione dell'utilità dell'intervento a cura dell'equipe preposta di volta in volta alla valutazione della condizione clinica dell'assistito - contestualmente ottemperando all'ordine dell'autorità giudiziaria. Si rileva, infatti, che sebbene per i trattamenti disciplinati dalle disposizioni del dPCM in oggetto, a seguito dell'annullamento di cui alla sentenza del Tar in parola, non siano più previsti termini rigidi, tali trattamenti seguitano ad avere uno stretto collegamento con la valutazione multidimensionale, la quale costituisce la base per identificare la tipologia di assistenza da garantire (art. 33, comma 1, dPCM 12 gennaio 2017, e ribadita più di recente dal DM 23 maggio 2022, n. 77).

Si fa presente, inoltre, che i termini, come originariamente modulati, seppure annullati, continuano a parametrare la durata ordinaria dei trattamenti stessi.

Come ribadito nel Rapporto Salute mentale anno 2022, la tipologia di strutture in oggetto: *“hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La Struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa”*.

Inoltre, nel Rapporto [Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)] curato dalla competente ex direzione della prevenzione sanitaria e dalla ex Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, si rileva che gli utenti psichiatrici in cura presso strutture residenziali, nell'anno di osservazione 2022, sono pari a 28.738 unità.

La distribuzione regionale delle giornate di degenza nelle strutture residenziali psichiatriche per tipologia di struttura riporta un dato nazionale pari a 10.919.751, molto variabile a livello regionale poiché influenzato sia dalla domanda di trattamento, quindi dall'ammontare della popolazione, sia dall'offerta assistenziale territoriale.

Tuttavia la durata media delle giornate di degenza per i trattamenti in parola, è ampiamente al di sotto della durata massima stabilita dall'attuale previsione.

In particolare, nelle SRP1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.545.282 per un numero di utenti, pari a 7096, che corrisponde ad una degenza media di 218 giornate pari a 7,3 mesi (a fronte dei 18 mesi prorogabili per ulteriori 6 mesi).

Nelle SRP2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.888.249, per un numero di utenti pari a 4282, che corrisponde ad una degenza media di 441 giornate pari a 14,7 mesi (a fronte dei 36 mesi prorogabili per 12 mesi).

Il Rapporto ISTISAN 23/9 dell'ISS, “Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive” prodotto dal gruppo di lavoro costituito in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, presenta un'analisi della residenzialità psichiatrica effettuata attraverso la ricognizione dei riferimenti normativi, la rassegna dei modelli di classificazione adottati in Italia e a livello internazionale e delle definizioni operative relative alle caratteristiche strutturali, organizzative e delle tipologie dei processi assistenziali. Nel citato rapporto si ribadisce che: *L'aumento della stabilità residenziale di lungo periodo generalizzata che emerge con chiarezza da tutti i dati disponibili non sembra adeguata alla maggior parte dei pazienti che afferiscono oggi ai servizi di salute mentale. Questi lunghi tempi di permanenza comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale.”*

L'istituzione delle strutture residenziali, si aggiunge, è pensata *“quale tappa di un percorso di deistituzionalizzazione della persona con disturbo mentale verso la prospettiva di un sempre maggiore*

recupero delle abilità sociali, lavorative e relazionali laddove possibile e all'interno di un progetto personalizzato nello spirito originale della riforma psichiatrica”.

Si ribadisce, tuttavia, che le modifiche in parola vanno lette alla luce dell'impianto complessivo in tema di percorsi assistenziali integrati, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico.

Le disposizioni, pertanto, sono di natura formale e non comportano oneri per il SSN.

Si specifica che le disposizioni di cui si propone la modifica erano già state annullate, per i medesimi motivi, dal Consiglio di Stato con sentenza n. 1858/2019.

Con la predetta pronuncia l'Alto Consesso, aveva, altresì, disposto l'annullamento dell'articolo 35 dPCM 12 gennaio 2017, limitatamente alle ipotesi di cui ai commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b). Per tale ragione si è proceduto alla modifica dell'articolo 35, commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b) (le parole *"della durata massima di"* sono sostituite dalle parole *"che non superano, di norma, i"*). Anche in questo caso, le modifiche proposte andrebbero a rendere coerenti le disposizioni in parola con l'assetto previsto per l'area dell'Assistenza sociosanitaria.

La modifica all'articolo 38, comma 2, che al primo periodo, dopo le parole *“clinici e strumentali”*, inserisce le parole *“e degli interventi riabilitativi immediati”* adempie alla condizione, posta dalla XII Commissione parlamentare Igiene e Sanità, sul dPCM 12 gennaio 2017, esplicitando che il trattamento in regime di ricovero ordinario include gli *“interventi riabilitativi immediati”*. La disposizione ha natura esplicativa e non comporta oneri a carico del SSN.

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

La disposizione attiene alla modifica dell'allegato 1 *“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”* del dPCM 12 gennaio 2017, con l'introduzione dello Screening neonatale esteso per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), come previsto dall'allegato *“A”* al presente decreto. Per Screening Neonatale Esteso (SNE) si intende lo screening neonatale effettuato su goccia di sangue per un ampio numero di malattie metaboliche genetiche ereditarie.

La normativa di riferimento è la legge 19 agosto 2016 n. 167 e sue modifiche e integrazioni, recante *“Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie”*. In particolare l'articolo 4, comma 2bis, dispone che il Ministero della salute, avvalendosi della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenas, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Società scientifiche di settore, sottoponga a revisione periodica almeno biennale la lista delle patologie da ricercare attraverso lo screening neonatale, in relazione all'evoluzione nel tempo delle evidenze scientifiche in campo diagnostico-terapeutico per le malattie genetiche ereditarie. Inoltre l'articolo 6, comma 1, prevede che, con la procedura cui all'articolo 1, comma 544, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provveda ad inserire nei LEA gli accertamenti diagnostici neonatali con l'applicazione dei metodi aggiornati alle evidenze scientifiche disponibili, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie e per la diagnosi delle malattie neuromuscolari genetiche, delle immunodeficienze congenite severe e delle malattie da accumulo lisosomiale.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla normativa citata, con decreto del Viceministro della salute del 17 settembre 2020 e successivo decreto direttoriale del 13 novembre 2020, è stato istituito presso il Ministero della Salute (Direzione generale della Prevenzione sanitaria) il Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso, costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle Istituzioni (Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Regioni) e delle Associazioni di pazienti.

Il Gruppo di lavoro ha completato le attività finalizzate alla prima revisione della lista delle patologie da ricercare attraverso lo screening neonatale con la formulazione della raccomandazione nazionale per l'inserimento nello SNE della Atrofia Muscolare Spinale (SMA), appartenente al gruppo delle malattie neuromuscolari genetiche. La raccomandazione per lo screening neonatale della SMA è stata formulata sulla base delle evidenze scientifiche emerse dalla valutazione di Health Technology Assessment - HTA, realizzata da Agenas, ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della citata legge n. 167/2016.

Allo scopo di concludere l'iter di inserimento nei LEA del percorso di screening neonatale per la diagnosi precoce dell'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), la documentazione informativa prodotta dal Gruppo di lavoro SNE è stata sottoposta ai membri della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale e, nella seduta plenaria del 2 settembre 2021, è stato approvato tale aggiornamento, che modifica l'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" del dPCM 2017.

L'introduzione nello SNE dell'Atrofia Muscolare Spinale all'interno dell'Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" del dPCM 2017 è in linea con quanto riportato dall'articolo 4 del decreto ministeriale 13 ottobre 2016, recante "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie", che definisce il Sistema di screening neonatale come un'organizzazione regionale o interregionale a carattere multidisciplinare composta da vari livelli, deputata a garantire l'intero percorso dello screening neonatale dal test di screening, alla conferma diagnostica, alla presa in carico e al trattamento del neonato, con un coordinamento regionale dell'intero sistema di screening neonatale.

Per quanto riguarda la valutazione dell'impatto economico, l'articolo 1, comma 544, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", ha previsto di incrementare di 4 milioni di euro le coperture finanziarie per la revisione della lista delle malattie da ricercare attraverso lo screening neonatale. Vista la valutazione di Health Technology Assessment - HTA realizzata da Agenas, che include le stime di impatto economico legate all'implementazione del percorso di screening per la SMA, calcolando un costo complessivo annuale che potrebbe variare da €2.020.273 a €2.626.487, il relativo stanziamento di 4 milioni di euro aggiuntivi previsto dalla legge n. 145/2018 appare compatibile con il primo inserimento della SMA nello SNE e pertanto la disposizione non comporta oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 3

(Ausili monouso)

L'articolo 3, comma 1, lettere a), b), c), d), riporta le modifiche isorisorse all'allegato 2 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato "M" al presente decreto.

Il predetto allegato "M" riporta:

- a) gli aggiornamenti concernenti la correzione dei refusi nell'allegato M - foglio M1;
- b) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di denominazione nell'allegato M - foglio M2;
- c) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di descrizione nell'allegato M - foglio M3;
- d) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento della nota nell'allegato M - foglio M4 onde garantire la massima adattabilità di detti ausili alla conformazione antropometrica del neonato/bambino.

L'allegato 11 "Modalità di erogazione degli dispositivi medici monouso" è modificato all'articolo 1, comma 4, come riportato nell'allegato V.

Le suddette modifiche non comportano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 4
(Assistenza specialistica ambulatoriale)

Il comma 1 dell'articolo 4 riporta le modifiche isorisorse all'allegato 4 e all'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "B" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di prestazioni (allegato B – foglio B1): si tratta di prestazioni che sostituiscono prestazioni già inserite nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, rispondendo a esigenze clinico diagnostiche più avanzate o che possono essere utilizzate in alternativa ad altre prestazioni, o per le quali sono già previsti stanziamenti da norme vigenti;
- b) modifiche nella descrizione della prestazione (allegato B – foglio B2): vengono inserite precisazioni circa la non associabilità di prestazioni tra loro, la specificazione del contenuto della prestazione (incluso farmaco, incluso esame di base, escluso ANGIO TC, ecc.); sono soppresse o inserite parentesi, virgole, punti. Non solo le modifiche sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN, ma la non associabilità e la migliore specificazione inducendo una maggiore razionalizzazione prescrittiva, sono potenzialmente in grado di ridurre gli stessi. Per quanto attiene alla prestazione di "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie", modificata in "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI). Si tratta di un volume esiguo di prestazioni, documentato dall'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) in circa 500 pazienti trattati/anno. Pertanto, i maggiori oneri conseguenti all'utilizzo della sedazione per la brachiterapia sono compensati dal minor numero di soggetti che si sottopongono a Brachiterapia di irradiazione corporea o midollare. Inoltre, in questo modo si evita la possibilità di ricoveri inappropriati per l'esecuzione di prestazioni che non possono essere erogate in ambulatorio per la complessità e/o fragilità dei casi trattati;
- c) modifica di codici (allegato B - foglio B3): le modifiche riguardano la mera correzione di codici errati, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate, pertanto sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- d) eliminazione/inserimento di nota H e nota R (allegato B – foglio B4): l'inserimento della nota H per due prestazioni comporta l'obbligo che le stesse prestazioni siano eseguite "*in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure funzionalmente collegati a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura*"; viceversa, l'eliminazione della nota H per alcune prestazioni comporta il venir meno di tale obbligo. La nota R indica che le prestazioni possono essere erogate da strutture appositamente individuate dalle Regioni. In tutti i casi descritti, si tratta di modifiche neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- e) prestazioni eliminate (allegato B – foglio B5): sono soppresse alcune prestazioni o perché tecnicamente obsolete, o perché non più clinicamente significative, o perché nella pratica clinica sono sostituite da altre prestazioni. Si riportano, a titolo di esempio, la Densitometria ossea a ultrasuoni, la Spirometria separata dei due polmoni, l'Ecografia monolaterale della mammella, la ricerca dell'Antigene HDVAg. Le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN o, addirittura, potrebbero comportare una minore spesa per il SSN;
- f) modifica della riconduzione alle branche (allegato B - foglio B6): sono state attribuite ulteriori branche specialistiche in aggiunta alle precedenti. Si precisa che, in via generale, la riconduzione alle branche non comporta di per sé maggiori oneri per il SSN, poiché l'effetto dell'integrazione delle branche a cui ricondurre le prestazioni esiterebbe comunque in più prescrizioni senza conseguente diminuzione del ticket. L'unica variazione di spesa potrebbe

sussistere per la prestazione 39.99.1, per la quale viene aggiunta la branca di Diagnostica per immagini in analogia con la prestazione 39.99.4 già indicata nella stessa branca, e per la prestazione 39.99.5, entrambe eseguite con tecnica ecografica e quindi afferenti alla Diagnostica per immagini/Radiologia oltre che alla Nefrologia. Si tratta, in questo caso, di soggetti in trattamento dialitico per i quali l'allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 prevede in esenzione, secondo le condizioni cliniche individuali, "LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI";

- g) inserimento del nuovo codice G030 "Stato mutazionale prognostico per carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce" nell'allegato 4 GEN colonna E - anatomia patologica (foglio B7): finalizzato all'erogazione appropriata della nuova prestazione 91.61.3.

Si tratta di una prestazione necessaria ad una migliore caratterizzazione del Carcinoma mammario ormonoresponsivo e corredata dalla corrispondente nota che indica le specifiche condizioni di erogabilità e non comporta maggiori oneri per il SSN. L'articolo 1, comma 479, della legge n. 178/2020 ha istituito un fondo con una dotazione di 20 mln di euro per il rimborso diretto delle spese sostenute di test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce. Le risorse sono state allocate sul capitolo 2301 del bilancio di previsione del Ministero della salute attribuito alla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute. Con il successivo Decreto Ministeriale adottato il 18 maggio 2021, la prestazione è stata valorizzata pari a € 2.000, con una previsione di volumi basata sul numero regionale di tumori alla mammella. Il finanziamento di 20 milioni di euro appare congruo;

- h) i nuovi codici della Radioterapia (allegato B – foglio B8) introducono forme aggregate (pacchetti) di prestazioni già presenti nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, modulati per complessità e intensità crescenti, la cui prescrizione ed erogazione sostituirà le singole prestazioni che, invece, vengono eliminate. Questo consentirà maggiore aderenza alle necessità terapeutiche della specifica condizione clinica in termini di appropriatezza delle prestazioni, senza impegno di risorse aggiuntive per il SSN. La correlazione tra ogni singolo pacchetto e le prestazioni che vi sono contenute è resa disponibile alle Regioni e alle Aziende del SSN in uno specifico allegato al presente decreto utilizzabile esclusivamente a fini amministrativo contabili. La tariffa associata a ciascun pacchetto di radioterapia è stata determinata dalla sommatoria delle tariffe di tutte prestazioni che compongono il pacchetto già contenute nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017. Le prestazioni necessarie, definite per una singola seduta nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017, sono state moltiplicate in via prudenziale per il numero massimo di sedute esplicitato dalla descrizione della singola prestazione del relativo pacchetto. Inoltre, in presenza di prestazioni alternative è stata considerata una tariffa indice che assume per lo più il valore massimo osservabile tra le prestazioni considerate. Di seguito un prospetto sintetico delle tariffe:

Tipo_Agg	CODICE	DESCRIZIONE	NUMERO NOTA	Branca 1	Tariffa
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.1	Piano di cura cat. A		Radioterapia	614,55 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.2	Trattamento breve cat. A 1-5 sedute		Radioterapia	391,80 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.3	Trattamento corto cat. A 6-10 sedute		Radioterapia	765,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.4	Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute		Radioterapia	1.448,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.5	Trattamento lungo cat. A >20 sedute		Radioterapia	1.759,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.1	Piano di cura cat. B		Radioterapia	819,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.2	Trattamento breve cat. B 1-5 sedute		Radioterapia	1.280,80 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.3	Trattamento corto cat. B 6-10 sedute		Radioterapia	2.543,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.4	Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute		Radioterapia	4.695,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.5	Trattamento lungo cat. B >20 sedute		Radioterapia	5.605,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.1	Piano di cura cat. C		Radioterapia	1.100,90 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.2	Trattamento breve cat. C 1-5 sedute		Radioterapia	5.945,30 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.3	Trattamento corto cat. C 6-10 sedute		Radioterapia	7.442,76 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.4	Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute		Radioterapia	9.133,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.5	Trattamento lungo cat. C >20 sedute		Radioterapia	11.261,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.1	Piano di cura cat. D		Radioterapia	2.841,40 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.2	Trattamento breve cat. D 1-5 sedute		Radioterapia	7.410,97 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.3	Trattamento corto cat. D 6-10 sedute		Radioterapia	9.918,00 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.4	Trattamento intermedio cat. 11-20 sedute		Radioterapia	11.733,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.5	Trattamento lungo cat. D >20 sedute		Radioterapia	13.924,00 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3A.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	859,55 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3A.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.441,75 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3A.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	1.641,75 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3B.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	947,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3B.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.697,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3B.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.197,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	1.047,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.947,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.547,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	1.147,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	2.197,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.897,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.1	Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia	2.186,45 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.2	Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia	3.591,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.3	Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia	4.527,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.1	Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia	1.825,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.2	Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia	3.636,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.3	Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia	5.447,95 €

- i) attribuzione di nuove indicazioni di appropriatezza prescrittiva ad alcune prestazioni, precedentemente prive di note (allegato B – foglio B9): le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN e, addirittura, potrebbero essere in grado di indurre una minore spesa in quanto riducono potenzialmente il numero dei beneficiari;
- j) modifica di alcune indicazioni di appropriatezza prescrittiva/condizione di erogabilità (allegato B – foglio B10) con la riduzione o l'ampliamento delle patologie per il cui trattamento la prestazione è appropriatamente prescritta: si tratta di indicazioni in grado di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e quindi potenzialmente in grado di indurre una razionalizzazione delle risorse; tuttavia, poiché si tratta di indicazioni non vincolanti per i medici prescrittori, il loro effetto in termini di effettiva riduzione della spesa non è stimabile.

Di seguito, si descrivono dettagliatamente le prestazioni, caratterizzate da una maggiore significatività in termini di appropriatezza e relative ad un fabbisogno assistenziale inespresso che è necessario colmare, inserite nell'allegato B:

RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE

È una procedura abitualmente erogata in DH, che si potrà eseguire in regime ambulatoriale. Il suo inserimento in specialistica ambulatoriale consente una riduzione della spesa a carico del SSN perché il setting erogativo è teoricamente meno oneroso. Più precisamente, viene trasferita la procedura 042, il cui costo in ambulatoriale è verosimilmente più basso della media dei DRG. Filtrando la procedura principale 042 come intervento principale ed escludendo tutte le altre procedure in regime di DH, la totalità delle prestazioni è valorizzata ad € 200, pertanto la tariffa da assegnare a questa prestazione sarà di € 200.

MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1) - MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14) - MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)

Attualmente nel nomenclatore sono presenti i tre codici (42.33.1, 43.41.1, 45.30.1) indifferentemente utilizzati per la mucosectomia e la polipectomia. Sono state definite e tariffate separatamente le 3 prestazioni di mucosectomia (esofago, duodeno, stomaco) e le 3 di polipectomia (esofago, duodeno, stomaco). L'impatto non comporta oneri perché la composizione attuale delle tariffe dei tre codici sopra indicati è una combinazione del volume dei due trattamenti presi separatamente. Di fatto, la tariffa dell'emanando decreto di € 194,4 è perfettamente scomponibile nel 60,48% delle prestazioni di Polipectomia per un valore di € 60 e nel 39,52% di mucosectomia per un valore di € 400. Pertanto, si tratta di una scomposizione delle tariffe da 3 a 6.

MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE

Un recente studio di *Health Technology Assessment* (HTA) curato da SDA Cergas Bocconi e costituito da una analisi di minimizzazione dei costi della Multispettrometria ecografica per la diagnosi di osteoporosi indica che il suo uso è associato a costi sanitari inferiori rispetto alla tecnica DXA a raggi X, con conseguente risparmio per il SSN.

I risultati di tale analisi di minimizzazione dei costi, condotta dal punto di vista del SSN italiano, suggeriscono che l'approccio ecografico a radiofrequenza è associato a costi sanitari diretti inferiori rispetto a DXA. Considerando lo scenario base, i costi correnti medi per la Multispettrometria ecografica REMS ammontano a €77,0 per REMS (€31,9 per il tempo dedicato

dal personale sanitario e amministrativo e €45,1 per esami strumentali aggiuntivi ed esami di laboratorio) e a €117,0 per DXA (€48,8 per il tempo dedicato da personale sanitario e amministrativo e €68,2 per esami strumentali aggiuntivi ed esami di laboratorio). Anche i costi una tantum risultano inferiori per l'approccio REMS: €357,4 contro €1.169,0 per la formazione, e €32.833 contro €45.000 per l'acquisto del dispositivo. I risultati suggeriscono quindi che l'utilizzo di REMS in alternativa a DXA comporterebbe un risparmio per il SSN di €40 in termini di costi correnti (per ogni diagnosi) e di €12.979 in termini di costi una tantum.

Secondo l'analisi di sensibilità deterministica e probabilistica, il parametro che ha il maggiore impatto sui costi tra la REMS e l'esame convenzionale DXA è rappresentato dal tempo dedicato dai medici per la diagnosi. In particolare, per questo parametro, il costo della REMS varia da €65.4 (limite minimo) a €99.8 (limite massimo), mentre il costo della DXA varia da €108.2 a €134.1. Inoltre, i tre parametri che spiccano per il maggiore risparmio sui costi della Multispettrometria ecografica rispetto alla DXA sono il tempo dedicato dal personale amministrativo (risparmio da € 49.8 a €36.2), dai medici (risparmio da € 42.7 a €34.2) e dai tecnici radiologi (risparmio da € 45.2 a €37.4).

Le apparecchiature di densitometria ossea a raggi X (DXA-MOC) non sono comprese nell'elenco di sette tipologie di apparecchiature sanitarie inserire nel "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate" istituito con Decreto del Ministro della salute del 22 aprile 2014.

I costi una tantum dichiarati dal richiedente sono i seguenti:

	Formazione	Acquisto
REMS	€357.4	€32.833
DXA	€1.169.0	€45.000

Sulla base degli studi sopra descritti, quale valore tariffario per le nuove prestazioni pare ragionevole ipotizzare il valore attuale della tariffa attribuita alle prestazioni di densitometria ossea a raggi X (DXA):

- 88.99.6 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE € 31,50
- 88.99.7 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE € 31,50
- 88.99.8 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE € 31,50

Si può così prudenzialmente affermare che l'inserimento delle prestazioni è senza oneri per la finanza pubblica.

ALBUMINA GLICATA

Si tratta dell'inserimento nell'allegato 4 della prestazione "90.05.6 Albumina glicata" con la relativa condizione di erogabilità Nota 113: "Non indicato a fini diagnostici, prescrivibile solo per il monitoraggio glicemico di pazienti con condizioni che possono interferire con le concentrazioni di emoglobina glicata (HbA1c)":

1) Pazienti con diabete mellito in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c), limitatamente alle seguenti condizioni:

- pazienti con emoglobinopatia
- pazienti con emoglobina < 10 g/dl
- gravidanza;

2) Pazienti con diabete gestazionale in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c)".

Si rileva che la prestazione è prescrivibile esclusivamente in alternativa all'Emoglobina glicata ed esclusivamente nelle condizioni cliniche definite dalla "condizione di erogabilità" (Nota 113).

La tariffa dell'albumina glicata è stata associata alla prestazione di fruttosamina. Dall'analisi dei nomenclatori regionali, il valore centrale (media aritmetica della media geometrica, moda e mediana) è pari a 2,8 euro.

Ai fini della valutazione dei costi si precisa che la popolazione italiana con diabete noto è stimata in circa 3,5 milioni di persone nell'anno 2020; l'epidemiologia delle anemie varia ampiamente da una popolazione all'altra e per le varie fasce di età ed è influenzata da eventuali comorbidità. Ipotizzando che i pazienti con emoglobina inferiore a 10 g/dl e/o con emoglobinopatie siano, al massimo, il 3% del totale, con due determinazioni all'anno di albumina glicata si può stimare un massimo di 210.000 determinazioni annue.

Il diabete gestazionale è presente in circa il 6-7% delle gravidanze; su un totale di circa 400.000 nuovi nati all'anno in Italia, è possibile stimare circa 28.000 casi di diabete gestazionale. Con 4 determinazioni di albumina glicata per ciascuna gravidanza (una al mese per gli ultimi 4 mesi), potrebbero essere prescritti circa 112.000 esami all'anno.

Inoltre, dagli studi di letteratura è possibile stimare la frequenza di misurazione dell'emoglobina glicata in presenza di diabete o in persone a rischio di svilupparlo; dopo la diagnosi di diabete, ogni 3-4 mesi o almeno 2 volte l'anno, per il monitoraggio del controllo glicemico, nel caso in cui venga variata la terapia.

Considerando solo il secondo gruppo di pazienti con diabete gestazionale (la stima del primo cluster è poco affidabile e incompleta perché riferita solo a pazienti con emoglobina < 10g/dl) e partendo dalla stima CNEC di 28.000 pz con 4 esami negli ultimi 4 mesi di gravidanza, si ottengono 112.000 determinazioni /annue che, moltiplicate per la tariffa di 2,8 euro, portano a un impatto di 313.600 euro. Gli stessi 28.000 pazienti, sulla base delle condizioni di prescrivibilità sopra richiamate, non faranno più 4 volte l'emoglobina glicata che ha una tariffa invece di 3,5 euro. Pertanto il risparmio che si ottiene è pari a 392.000 euro. L'effetto netto è di -78.400 euro.

Ad ogni modo, anche considerando la frequenza minima di 2 volte l'anno e considerando anche solo la stima dei pazienti con emoglobina < 10g/dl, si avrebbe comunque un risparmio.

Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili, è possibile affermare che l'inserimento della prestazione in questione è iso-risorse.

MAMMOGRAFIA MONO E BILATERALE SENZA O CON MDC

Si tratta dell'inserimento della mammografia con mezzo di contrasto (CEM) tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale (allegato 4 al dPCM LEA 12 gennaio 2017). La metodica combina le informazioni morfologiche della mammografia digitale con quelle funzionali grazie all'utilizzo del mezzo di contrasto iodato per la valutazione della neoangiogenesi tumorale, analogamente alla risonanza magnetica (RM). La Società scientifica dichiara che la CEM è effettuabile in ogni radiologia in cui esista un mammografo digitale di nuova generazione, è meno costosa rispetto alla Risonanza magnetica mammaria, le cui apparecchiature sono molto meno presenti sul territorio. Inoltre, la stessa Società Scientifica valuta che l'introduzione della CEM ridurrebbe notevolmente le richieste e quindi le liste di attesa per la RM. In particolare, si determinerebbe quindi anche una generale riduzione dei costi per il SSN.

Per la determinazione della tariffa, si è ragionato analogamente a quanto già contenuto nella relazione tecnica di aggiornamento delle tariffe massime di specialistica ambulatoriale. Per prestazioni analoghe che avevano in più il mezzo di contrasto, si è deciso di mantenere una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che ne prevedono l'utilizzo rispetto alle relative prestazioni di base. Tale incremento è pari a 1,6 volte la prestazione che non la prevede. Pertanto:

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	con incremento % MDC	% volumi	tariffa pesata
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,85	€ 55,76	94%	52,41 €
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,95	€ 36,72	6%	2,20 €
					54,62 €

Sulla base delle considerazioni sopra esposte e del relativo calcolo la tariffa risulta pari a 54,6 euro. Tale valore conferma la valutazione di impatto isorisorse, in quanto risulta più basso della risonanza magnetica prescrivibile in alternativa.

Sono inoltre apportate modifiche puramente nominalistiche – formali, quindi neutrali sotto il profilo economico-finanziario, di seguito riportate:

- a) nell'Allegato Genetica Colonna "E": ANATOMIA PATOLOGICA, la condizione di erogabilità "Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2" associata alla prestazione G006 è sostituita dalla seguente "Carcinoma della mammella suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2";
- b) nei paragrafi 2 e 3 dell'allegato 4C, in corrispondenza del titolo "Prestazioni", le parole "riportate nell'allegato 1" sono sostituite dalle parole "nell'allegato 4"; nel paragrafo 2 del medesimo allegato è soppressa la lettera b) "il trattamento della patologia cariosa" e alla voce "b) altre prestazioni" le parole "grado 5° dell'indice IOTN" sono sostituite dalle seguenti "grado 4° e 5° dell'indice IOTN".

Art 5 (Assistenza protesica)

All'allegato 5 del dPCM 12 gennaio 2017 si provvede ad aggiornare la definizione degli ausili degli elenchi 1, 2A, 2B in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017.

Il comma 2 dell'articolo 5 del decreto ministeriale rinvia alle modifiche isorisorse dell'allegato 5 al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "C" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di nuove prestazioni nell'elenco 2A (C 2A.1): sono state introdotte anche per gli apparecchi acustici le riparazioni prescrivibili, che non comportano oneri aggiuntivi;
- b) modifiche nella denominazione: sono state introdotte modifiche nella denominazione delle prestazioni incluse negli elenchi 1 (C1.1) e 2B (C2B.1);
- c) modifiche nella descrizione: sono state inserite precisazioni circa le caratteristiche dei dispositivi, le dimensioni di alcuni componenti o dei materiali di realizzazione, ridefinizione di alcuni tempi minimi di rinnovo, incluse negli elenchi 1 (C1.2), 2A(C2A.2) e 2B (C2B.2);
- d) modifica di codici: le modifiche riguardano la mera correzione di codici identificativi dei dispositivi, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate negli elenchi 1 (C1.3), 2A(C2A.3) e 2B (C2B.3), pertanto sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- e) modifica nota: nell'elenco 2B (C2B.4) è stata modificata una nota in considerazione dell'eliminazione di una prestazione, si tratta di una modifica neutrale sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- f) prestazioni eliminate: sono soppresse negli elenchi 1 (C1.4) e 2B (C2B.5) alcune prestazioni o perché tecnicamente obsolete, o perché sostituite da altre prestazioni. Le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri;

Di seguito, si descrivono dettagliatamente le prestazioni, caratterizzate da una maggiore significatività in termini di appropriatezza e relative ad un fabbisogno assistenziale inespresso che è necessario colmare, inserite nell'allegato C2B "Ausili di serie pronti all'uso".

Per meglio specificare e allineare la descrizione della protesi nel nomenclatore in allegato 5 con quanto già disposto dall'articolo 18 del dPCM 12 gennaio 2017, si modificano i seguenti codici del suddetto allegato: 06.30.18.003 - protesi mammaria esterna provvisoria atta a ripristinare una visione

anatomico-estetica del corpo per assistite con malformazione congenita, che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria o dopo un intervento radicale di mastectomia, da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'operazione e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico; nella misura dalla 1 alla 8, ambidestre.

Sempre nell'elenco 2B "ausili di serie pronti all'uso" è stata inserita un'integrazione descrittiva al codice 06.30.18.006 - protesi mammaria esterna definitiva atta a ripristinare una visione anatomico-estetica del corpo "*per assistite con malformazione congenita che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria*" e al codice 06.30.18.009 - protesi mammaria esterna parziale dispositivo a conformazione variabile in relazione alla forma della lesione chirurgica (anche definiti "segmenti compensativi"), "*per assistite che hanno subito interventi di quadrantectomia o in caso di malformazione congenita di una o entrambe le mammelle conseguente a MR*".

Non si prevedono maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto già ad oggi le protesi mammarie sono a carico del SSN per le assistite con malformazione congenita che interessi la ghiandola mammaria. L'inserimento ha solo carattere esplicativo del fatto che la malformazione è da intendersi anche conseguente a MR.

L'ALLEGATO 12 "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTETICA" è integrato in alcuni commi al fine di renderlo coerente con le modifiche introdotte nella modalità di erogazione a tariffa della prestazione relativa agli ausili per l'udito (elenco 2A classe 22.06). Tali modifiche, che sono riportate nell'allegato V al presente decreto ministeriale, non comportano oneri aggiuntivi per quanto di seguito rappresentato.

Nella Relazione tecnica che accompagna il dPCM LEA del 12 gennaio 2017, si stima che l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale (per la prescrizione dei quali è previsto un preciso intervallo di perdita uditiva) determini un incremento di spesa per il SSN di circa 125 mln di euro. Il metodo di calcolo adottato è il seguente: è considerata una platea di 160.000 persone con perdita uditiva compresa nell'intervallo definito di 55dB (ossia i 2/3 della popolazione italiana con sordità che corrisponde al 4 per mille), un tasso binaurale pari ad 1,88 (che indica che la quasi totalità della platea necessita di due dispositivi destro-sinistro), ed un incremento di spesa per dispositivo (da analogico a digitale) pari a 400 euro (1.000 euro quale prezzo degli ausili digitali preso a riferimento rinvenuto nei contenuti dell'accordo INAIL – ANA – ANAP del 30 novembre 2012 – 600 euro quale tariffa media vigente degli ausili analogici). Ne deriva che l'incremento di spesa atteso risulta essere pari a 120.320.000 euro ($160.000 * 1,88 * 400,00$), importo poi arrotondato a 125 milioni di euro. Da quanto sopra consegue che la spesa per gli ausili acustici già finanziata ante dPCM LEA 2017 dovrebbe determinarsi in 180.480.000 euro ($160.000 * 1,88 * 600,00$). Da qui si può ricavare la spesa complessiva finanziata con l'introduzione del dPCM 12 gennaio 2017, pari a 305.480.000 euro (125.000.000 euro + 180.480.000 euro). Va ricordato, tuttavia, che nella stessa relazione tecnica, il passaggio per tali ausili dal regime tariffario a quello che prevede l'adozione delle ordinarie procedure di acquisto previste dalle norme in materia, per effetto del trasferimento dall'attuale elenco dei dispositivi su misura all'elenco dei dispositivi in serie, ha consentito di scontare un risparmio pari al 25% dei costi che in valore assoluto è stato quantificato da una rilevazione ministeriale in 21,9 mln di euro. Da tutto quanto sopra può concludersi che oggi la spesa complessiva attesa e finanziata, in corrispondenza di quanto stabilito con il dPCM LEA 2017, si attesta a 283.580.000 euro annui. Nel premettere che non è disponibile, ad oggi, un flusso informativo strutturato dedicato all'intero panorama degli ausili acustici, si può comunque giungere alle seguenti conclusioni. La soluzione formulata nel prevedere un ritorno della remunerazione a tariffa per detti dispositivi acustici, propone una riduzione delle tariffe già esistenti corrispondenti alle fasce di dispositivi di Gruppo 1 e 2 (analogici) e, soprattutto, nuove tariffe per i dispositivi digitali retroauricolari per adulti e per bambini nella misura, rispettivamente, di 665 euro e 1.263 euro per dispositivo, comprensive dei costi per l'applicazione del dispositivo, dell'addestramento all'uso, dell'assistenza iniziale comprensiva di eventuali modifiche post-collaudato, delle verifiche periodiche di funzionalità, ed in genere del follow-

up. A ciò si aggiunge una estensione della garanzia sui prodotti valida per 2 anni (attualmente la validità è di 1 anno) e la richiesta di tariffare nuovamente anche le riparazioni comprensive della mano d'opera. Atteso che la relazione tecnica che accompagnava il dPCM LEA del 12 gennaio 2017 individuava una platea di 160.000 soggetti con un tasso binaurale pari a 1,88, si può prevedere la necessità per il SSN di garantire una offerta di 300.800 dispositivi. Ipotizzando altresì che (ipotesi peraltro realistica) l'offerta riguardi per intero dispositivi acustici digitali, per prevedere la spesa bisognerà moltiplicare il numero dei dispositivi da offrire per la tariffa da introdurre, assumendo che il 95% dei dispositivi sia riferito a pazienti adulti ed il 5% a pazienti minori. Dal calcolo descritto si determinerà un onere di 209 mln di euro ($300.800 * 0.95 * 665 + 300.800 * 0.05 * 1263$). Aggiungendo a tale onere una stima di circa 8 milioni di euro di oneri per accessori per l'applicazione via aerea e 12 mln di euro circa per la tariffazione delle riparazioni (analoga ai livelli previgenti al DPCM LEA 2017) esposta nella tabella posta alla fine del presente articolo, si determinerebbe una spesa attesa annua di 229 mln di euro a cui aggiungere gli oneri relativi all'IVA stimati in circa 9,1 mln di euro, per un totale di 238,1 mln di euro annui. La proposta sopra descritta nelle sue linee essenziali non determina oneri aggiuntivi per il SSN rispetto alla legislazione vigente. Tutto ciò riuscendo a garantire agli assistiti del SSN una dotazione di ausili acustici digitali in luogo degli ausili acustici analogici ormai obsoleti. L'invarianza di spesa trova poi conferma anche nella tariffazione negli apparecchi acustici ad occhiale e retroauricolari (gruppo 1 e gruppo 2), ridotta del 25% rispetto alla tariffazione ante DPCM 2017, e alla conferma delle tariffe previgenti al DPCM LEA 2017 relative agli accessori per applicazione via aerea e via ossea. Permane, infine, l'attuale regime di acquisto, mediante gara, come previsto da DPCM LEA 2017 e precedenti, per gli apparecchi connessi a dispositivi impiantabili atteso che il mondo cocleare ha caratteristiche intrinseche sia di prodotto sia di modalità distributive che rendono alquanto complesso l'adattamento ad un modello di acquisto a tariffa. Caratteristiche come l'assenza di una rete indiretta di distribuzione e di assistenza, ma soprattutto la presenza di un vincolo tecnologico tra la nuova prestazione (sostituzione o riparazione di esoprotesi completa e componentistica) e la tecnologia di endoprotesi già impiantata nel paziente. Nella tabella seguente sono riportate le nuove tariffe.

CODICE	DESCRIZIONE	Valore tariffario
22.06.15.003	A.C retroauricolare via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.006	A.C retroauricolare via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.003	A.C ad occhiale via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.006	A.C ad occhiale via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.009	A.C retroauricolare via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.012	A.C retroauricolare via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.009	A.C ad occhiale via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.012	A.C ad occhiale via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.018	A. retroauricolare digitale (sordità pre e periverbali)	1.263,00 €
22.06.15.021	A. retroauricolare digitale	665,00 €
22.06.91.103	Auricolare in materiale rigido	33,60 €
22.06.91.106	Auricolare in materiale morbido	37,50 €
22.06.91.109	Archetto monoaurale e binaurale	31,00 €
22.06.91.115	Vibratore bipolare o tripolare	75,00 €
22.06.91.121	Cavetto bipolare e tripolare	10,00 €
22.06.00.503	manodopera e revisione (compresa minuteria). Per ciascun apparecchio, al prezzo dei singoli componenti, va aggiunto l'importo della manodopera complessiva computato una sola volta	28,80 €
22.06.00.506	trasduttore d'ingresso: microfono omnidirezionale	48,25 €
22.06.00.509	trasduttore d'ingresso: microfono direzionale	61,50 €
22.06.00.512	trasduttore d'ingresso: kit ingresso audio	19,40 €
22.06.00.515	trasduttore d'ingresso: bobina telefonica	32,35 €
22.06.00.518	trasduttore d'uscita: ricevitore bipolare	48,55 €
22.06.00.521	trasduttore d'uscita: ricevitore tripolare	61,50 €
22.06.00.524	trasduttore d'uscita: vibratore bipolare	48,45 €
22.06.00.527	trasduttore d'uscita: vibratore tripolare	61,50 €
22.06.00.529	trasduttore d'uscita: ricevitore RIC e BTE	100,00 €
22.06.00.530	involucri per retroauricolari	25,90 €
22.06.00.533	involucri per occhiali, escluso il frontale	48,55 €
22.06.00.539	regolatori di funzione: potenziamento di volume	30,95 €
22.06.00.542	regolatori di funzione: commutatore di funzioni (O/T/M, M/MT/T, ecc.)	35,45 €
22.06.00.545	regolatori di funzione: trimmer	17,45 €
22.06.00.548	regolatori di funzione: bobina telefonica	12,25 €
22.06.00.551	regolatori di funzione: alloggi pila e copricomandi	6,45 €

Art. 6
(DRG ad alto rischio di non appropriatezza)

L'articolo 6 rinvia alle modifiche dell'allegato 6A al dPCM 12 gennaio 2017 che viene modificato/integrato secondo quanto indicato nell'allegato "N" al presente decreto. L'applicazione di

tale modifica, che incrementa il numero dei DRG a rischio di inappropriately in ricovero ordinario, è in grado di indurre una riduzione di spesa per il minore ricorso a ricoveri inappropriati per tali DRG.

Art. 7
(Esenzione per Malattie rare)

L'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, "ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO", è modificato e integrato secondo quanto indicato nell'allegato R - fogli da R1a R6.

Si tratta di gravissime patologie per le quali i pazienti affetti già usufruiscono di esenzione per invalidità civile e il cui inserimento ha lo scopo di migliorarne l'assistenza. Le modifiche risultano pertanto neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN.

1) Inserimento di nuove malattie e/o gruppi.

- a) Inserimento delle "ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE" (codice RFG102).
- b) Inserimento delle "DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO – ATPasi" (codice RNG140).
- c) Inserimento delle "MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO" (codice RIG030).
- d) Inserimento della KAWASAKI, MALATTIA DI, limitatamente alle classi di rischio AHA III-IV-V (esenzione da riconfermare dopo 5 anni) (codice RG0041". Si tratta di un reinserimento di patologia già presente nel vecchio elenco allegato al DM n. 279/2001, i cui affetti allo stato attuale possono già godere di una esenzione per patologia cronica ed invalidante (codice 002) e pertanto risulta neutrale sotto il profilo degli oneri per il SSN. Inoltre, viene introdotta la limitazione alle classi di rischio AHA III-IV-V e la possibilità di non riconfermare l'esenzione dopo 5 anni che si traduce nella riduzione degli aventi diritto.
- e) Inserimento della SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITÀ CAPILLARE (codice RG0130). Viene anche inserito il rispettivo sinonimo CLARKSON, MALATTIA DI. Si tratta di pazienti che già usufruiscono di esenzione per invalidità civile e quindi non comportano maggiori oneri per il SSN.
- f) Inserimento della "SPINA BIFIDA, NELLE FORME CLINICHE DI MENINGOCELE E MIELOMENINGOCELE" (codice RN0071). Si tratta di forme gravi e invalidanti di condizioni i cui affetti già possono usufruire del codice per malattia rara RNG01. La modifica costituisce una più accurata e specifica definizione diagnostica e pertanto non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
- g) Inserimento della RI0090 INSUFFICIENZA INTESTINALE CRONICA BENIGNA (IICB) limitatamente alle forme cliniche tipo II e tipo III (esenzione da riconfermare dopo 2 anni per le forme irreversibili).

2) Modifica della denominazione di singole malattie/gruppi

- a) La definizione "PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA (*esenzione di durata pari a 5 anni, rinnovabile*)" (codice RC0040) viene sostituita con "PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA "durata di esenzione fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi". Viene quindi introdotta la limitazione dell'esenzione fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi, senza possibilità di riconfermare l'esenzione dopo 5 anni. Tale modifica comporta la riduzione degli aventi diritto e pertanto non solo non comporta oneri aggiuntivi per il SSN, ma potrebbe tradursi in un risparmio.
- b) La definizione "LIPODISTROFIA TOTALE" (codice RC0080) viene sostituita con la nuova definizione "SINDROMI LIPODISTROFICHE (escluso: forme secondarie localizzate e HIV correlate)". La modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
- c) La definizione "ANEMIE EREDITARIE (escluso: deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi)" (codice RDG010) viene sostituita con "ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%)".

La modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.

3) Inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo, la cui modifica non comporta oneri aggiuntivi per il SSN, in quanto i pazienti affetti possono già usufruire dei codici di esenzione esistenti. Dal punto di vista del paziente affetto e degli specialisti, inoltre, la modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica.

- a) Sindrome di Allan-Herndon-Dudley all'interno del nuovo codice di gruppo RFG102 ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE.
- b) Sindrome di PITT HOPKINS all'interno del codice di gruppo esistente RNG121 SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE.
- c) COLANGITE BILIARE PRIMITIVA all'interno del nuovo codice di gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- d) EPATITE AUTOIMMUNE all'interno del nuovo codice di gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- e) MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, SINDROME DI all'interno del codice di gruppo esistente RNG264 ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO.
- f) PHELAN McDERMID, SINDROME DI all'interno del codice di gruppo esistente RNG090 SINDROMI DA RIARRANGIAMENTI STRUTTURALI SBILANCIATI CROMOSOMICI E GENOMICI.
- g) MACRODATTILIA PIK3CA CORRELATA all'interno del codice di gruppo esistente RNG093 SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CARATTERIZZATE DA UN ACCRESCIMENTO PRECOCE ECCESSIVO.
- h) NEUROFIBROMATOSI tipo 1 (sinonimo: MALATTIA DI VON RECKLINGHAUSEN); NEUROFIBROMATOSI tipo 2 (sinonimo: NF2); NEUROFIBROMATOSI tipo 3 (SCHWANNOMATOSI) all'interno del codice di gruppo già esistente RBG010 NEUROFRIMATOSI.
- i) ANEMIA EMOLITICA CRONICA NON SFERO CITICA DA DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI (con attività enzimatica < 10%) all'interno del codice di gruppo già esistente RDG010 ANEMIE EREDITARIE (Escluso: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%)

4) Spostamento di malattie in altri gruppi.

Si tratta di malattie già presenti nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017 che vengono trasferite in gruppi di malattie di nuovo inserimento.

- a) SINDROME DI DRAVET (RF0061), LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI (RN1520), LENNOX-GASTAUT, SINDROME DI (RF0130) e WEST SINDROME DI (RF0140) vengono trasferite nel gruppo RFG102 ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE.
- b) COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE (RI0050) viene trasferita nel gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- c) La Malattia di Darier viene trasferita nel gruppo RNG140 DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO - ATPasi

5) Inserimento di nuovi sinonimi di malattie:

- a) Inserimento del nuovo sinonimo WALDMANN, MALATTIA DI (codice RC0140) relativo alla LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA (codice RI0080);
- b) Inserimento del nuovo sinonimo "DISAUTONOMIA FAMILIARE" relativo alla NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3 (codice RFG060);
- c) Inserimento del nuovo sinonimo "CLARKSON, MALATTIA DI" relativo alla SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE (codice RG0130).

Le modifiche rispondono a necessità puramente semantiche e classificatorie e sono assolutamente neutrali dal punto di vista degli oneri a carico del SSN.

6) Eliminazione di esempi di malattie.

La modifica riguarda l'eliminazione di due esempi di malattie afferenti al gruppo RCG084 – MALATTIE PEROSSISOMIALI già presenti nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017:

- a) ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE
- b) ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED.

La modifica non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.

Art. 8

(Esenzioni per malattie croniche e invalidanti)

L'articolo 8 riporta le modifiche dell'allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 secondo quanto indicato nell'allegato "D" al presente decreto.

1. Modifica della denominazione di singole malattie o condizioni riportata nell'allegato D – foglio D1 al presente decreto: la definizione "nanismo ipofisario" (codice di esenzione 039) viene modificata in "Deficit di ormone della crescita [GH]". Il cambiamento della denominazione della patologia non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
2. Modifica della descrizione di alcune prestazioni esenti riportate nell'allegato D – foglio D2. La modifica riguarda la descrizione delle prestazioni esenti contenute nell'allegato 8 in cogenza con le modifiche introdotte dall'allegato sulla specialistica ambulatoriale e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
3. Modifica degli elenchi delle prestazioni esenti riportati nell'allegato D - foglio D3:
 - a) per il diabete mellito (codice 013) è prevista l'introduzione della nuova prestazione esente 95.11 "FOTOGRAFIA DEL FUNDUS: incluso refertazione" prescrivibile in alternativa alla prestazione già presente 95.02 "PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA"; la prescrivibilità in esenzione dell'una o dell'altra, in alternativa, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente non comporta oneri aggiuntivi per il SSN; inoltre è prevista l'introduzione della nuova prestazione esente "90.05.6 - ALBUMINA GLICATA" con condizione di erogabilità nota 113, in alternativa alla prestazione già presente "90.28.1 Hb - EMOGLOBINA GLICATA". La prescrivibilità in alternativa dell'una o dell'altra prestazione, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN in considerazione del simile valore tariffario delle due prestazioni;
 - b) per l'epatite cronica (attiva) (codice di esenzione 016) la modifica della condizione di erogazione in esenzione da "In caso di trattamento con Interferone" a "In caso di trattamento" corrisponde ad una più attuale definizione e risponde a criteri di appropriatezza in quanto il trattamento con interferone non è più utilizzato. Pertanto, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN;
 - c) per l'epilessia (codice 017) la prestazione esente 87.03 "TC CRANIO-ENCEFALO non associabile a TC Sella Turcica (cod. 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)" è stata sostituita con la prestazione 88.91.1 "RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM", lasciando in esenzione la prestazione 87.03 "*Limitatamente ai casi in cui non sia possibile eseguire la prestazione 88.91.1*" (es. per l'insorgenza di crisi epilettiche in corso di RM). Tale modifica, che corrisponde all'esigenza di concedere in esenzione la prestazione attualmente più appropriata ed efficace per il monitoraggio della malattia, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN in termini di mancato introito dal ticket;

- d) per il Lupus eritematoso sistemico (codice 028) la prestazione esente 93.11.D viene sostituita dalla prestazione 93.11.E. Si tratta della correzione di un refuso che non comporta oneri aggiuntivi per il SSN;
- e) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035), la prestazione esente 87.03.1 *“TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (Cod. 87.03.D)”* è stata sostituita con la prestazione 88.91.L *“RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)”*. Essendo entrambe le prestazioni soggette al pagamento del ticket in misura massima, la sostituzione non comporta maggiori oneri per il SSN in termini di mancato introito da ticket;
- f) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035) le prestazioni esenti *“90.54.4 - ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)”* e *“90.51.4 ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)”* sono state sostituite con la prestazione *“90.53.5 ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH”*. Essendo entrambe le prestazioni soggette al pagamento del ticket in misura massima, la sostituzione non comporta maggiori oneri per il SSN in termini di mancato introito da ticket;
- g) per il Deficit di ormone della crescita [GH] (codice di esenzione 039) le prestazioni esenti *“90.11.4 CALCIO TOTALE”* e *“90.35.1 ORMONE SOMATOTROPO (GH)”* sono state sostituite con le prestazioni *“90.27.1 GLUCOSIO”* *“90.14.1 COLESTEROLO HDL”* *“90.14.3 COLESTEROLO TOTALE”* *“90.43.2 TRIGLICERIDI”*. Essendo le prestazioni prescritte nella stessa ricetta in quanto tutte della branca di Laboratorio e poiché la somma del costo delle prestazioni quali GH (5,80 euro) e calcio (0,90 euro) eliminate è superiore a quello della glicemia (0,95 euro) e del profilo lipidico (trigliceridi (1,05 euro), il colesterolo totale (1 euro) e il colesterolo HDL (1,30 euro), la sostituzione non comporta particolari aggravii per il SSN in termini di mancato introito da ticket.
4. Eliminazione di prestazione esente riportata nell'allegato D – foglio D4:
- a) la modifica riguarda l'eliminazione della prestazione 91.36.5, già eliminata dall'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ed erroneamente attribuita in esenzione per epatite cronica (attiva) (codice 016); l'eliminazione delle prestazioni CORTICOTROPINA (ACTH) e RX del torace per il codice di esenzione ipotiroidismo congenito (027); l'eliminazione della ecografia oculare per il codice di esenzione MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO (035). Le correzioni non comportano oneri aggiuntivi per il SSN.

Art.9 (Assistenza termale)

L'articolo rinvia alle modifiche all'allegato 9 al dPCM 12 gennaio 2017 che viene sostituito dall'allegato “F” al presente decreto.

Le modifiche isorisorse contenute nel nuovo allegato, introducendo migliori specifiche senza incrementare l'elenco delle patologie né l'elenco delle prestazioni termali, contribuiscono a razionalizzare la precedente versione dell'allegato 9 del dPCM 12 gennaio 2017 e consentono di avviare il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni in ambito termale, senza oneri aggiuntivi per il SSN.

Le modifiche comprendono:

- la nuova versione dell'elenco delle patologie per le quali gli assistiti affetti hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del SSN. Nell'elenco, ad ogni forma clinica è stato associato

- un codice ICD9CM, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni;
- la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili a tutti gli assistiti, con oneri a carico del SSN. Nell'elenco ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. Tale modifica comporta il puntuale inserimento in ognuna delle prestazioni della visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale, già prevista nel precedente allegato 9;
 - la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili rispettivamente agli assicurati INAIL e INPS, con oneri a carico del SSN. Nei due elenchi ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. La modifica ha previsto l'eliminazione di prestazioni non più erogate in ambito INPS (irrigazioni vaginali).

Art. 10

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica,
escluse dalla partecipazione al costo)

La disposizione corregge l'allegato 10 B al dPCM 12 gennaio 2017 ("Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo") relativamente all'indicazione riferita alla prestazione di "Ecografia ostetrica" prevista nel terzo trimestre, specificando che la stessa è erogabile in esenzione in caso di "sospetta" patologia fetale e/o annessiale o materna; diversamente, non si tratterebbe di una gravidanza fisiologica.

La modifica interviene a correggere un refuso individuando correttamente la popolazione di donne che possono usufruire dell'esenzione per tale prestazione e non comporta maggiori oneri per il SSN. Si evidenzia che, nei casi di patologia accertata, l'esenzione è già garantita dall'articolo 59, comma 4, del dPCM 12 gennaio 2017 e che, nel previgente decreto ministeriale 10 settembre 1998, l'ecografia nel terzo trimestre era garantita in esenzione a tutte le donne senza alcuna indicazione di appropriatezza.

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo delle nuove prestazioni previste con la tariffa associata.

CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa
04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE	200,00 €
42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	400,00 €
43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	400,00 €
45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)	400,00 €
91.61.3	STATO MUTAZIONALE PROGNOSTICO PER CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESISTIVO IN STADIO PRECOCE	2.000,00 €
87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	54,60 €
88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	31,50 €
88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	31,50 €
88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	31,50 €
90.05.6	ALBUMINA GLICATA	2,80 €
92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A	614,55 €
92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute	391,80 €
92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute	765,70 €
92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute	1.448,50 €
92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute	1.759,20 €
92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B	819,95 €
92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute	1.280,80 €
92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute	2.543,70 €
92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute	4.695,50 €
92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute	5.605,20 €
92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C	1.100,90 €
92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute	5.945,30 €
92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute	7.442,76 €
92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute	9.133,50 €
92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute	11.261,50 €
92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D	2.841,40 €
92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute	7.410,97 €
92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute	9.918,00 €
92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. 11-20 sedute	11.733,70 €
92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute	13.924,00 €
92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	859,55 €
92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.441,75 €
92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	1.641,75 €
92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	947,15 €
92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.697,15 €
92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.197,15 €
92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	1.047,15 €
92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.947,15 €
92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.547,15 €
92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	1.147,15 €
92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	2.197,15 €
92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.897,15 €
92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)	2.186,45 €
92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute	3.591,20 €
92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute	4.527,70 €
92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)	1.825,95 €
92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute	3.636,95 €
92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute	5.447,95 €
22.06.15.003	A.C retroauricolare via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.006	A.C retroauricolare via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.003	A.C ad occhiale via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.006	A.C ad occhiale via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.009	A.C retroauricolare via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.012	A.C retroauricolare via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.009	A.C ad occhiale via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.012	A.C ad occhiale via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.018	A. retroauricolare digitale (sordità pre e periverbali)	1.263,00 €
22.06.15.021	A. retroauricolare digitale	665,00 €
22.06.91.103	Auricolare in materiale rigido	33,60 €
22.06.91.106	Auricolare in materiale morbido	37,50 €
22.06.91.109	Archetto monoaurale e binaurale	31,00 €
22.06.91.115	Vibratore bipolare o tripolare	75,00 €
22.06.91.121	Cavetto bipolare e tripolare	10,00 €
22.06.00.503	manodopera e revisione (compresa minuteria). Per ciascun apparecchio, al prezzo dei singoli componenti, va aggiunto l'importo della manodopera complessiva computato una sola volta	28,80 €
22.06.00.506	trasduttore d'ingresso: microfono omnidirezionale	48,25 €
22.06.00.509	trasduttore d'ingresso: microfono direzionale	61,50 €
22.06.00.512	trasduttore d'ingresso: kit ingresso audio	19,40 €
22.06.00.515	trasduttore d'ingresso: bobina telefonica	32,35 €
22.06.00.518	trasduttore d'uscita: ricevitore bipolare	48,55 €
22.06.00.521	trasduttore d'uscita: ricevitore tripolare	61,50 €
22.06.00.524	trasduttore d'uscita: vibratore bipolare	48,45 €
22.06.00.527	trasduttore d'uscita: vibratore tripolare	61,50 €
22.06.00.529	trasduttore d'uscita: ricevitore RIC e BTE	100,00 €
22.06.00.530	involucri per retroauricolari	25,90 €
22.06.00.533	involucri per occhiali, escluso il frontale	48,55 €
22.06.00.539	regolatori di funzione: potenziamento di volume	30,95 €
22.06.00.542	regolatori di funzione: commutatore di funzioni (O/T/M, M/MT/T, ecc.)	35,45 €
22.06.00.545	regolatori di funzione: trimmer	17,45 €
22.06.00.548	regolatori di funzione: bobina telefonica	12,25 €
22.06.00.551	regolatori di funzione: alloggi pila e copricomandi	6,45 €



IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

VISTA la legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V, e il novellato art. 117, comma 2, lettera m), con riferimento alla competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni e integrazioni, che all’art. 1, definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come l’insieme delle prestazioni garantite dal SSN, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, in quanto per specifiche condizioni cliniche, presentano evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, sono più costose di altre;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e successive modificazioni, recante la riforma dell’organizzazione del Governo, a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n.59;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante il “Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute”;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica, 21 ottobre 2022, pubblicato nella G.U. serie generale del 25 ottobre 2022, n. 250, con il quale il prof. Orazio Schillaci è stato nominato Ministro della Salute;

RICHIAMATO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante la prima “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell’8 febbraio 2002, e successive modificazioni;

VISTO l’articolo 1, commi 556 e seguenti della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che affidano alla Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, il compito di formulare la proposta di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sulla base dell’attività svolta;

DATO ATTO che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale è nominata e presieduta dal Ministro della salute, secondo una composizione stabilita *ope legis*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTO in particolare l'articolo 1, comma 559, della richiamata legge 28 dicembre 2015, n. 208, concernente le procedure per l'aggiornamento dei LEA con cui si dispone che se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari;

RICHIAMATI i decreti ministeriali di costituzione e successiva modifica della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, a seguito delle designazioni pervenute dall'Istituto superiore di sanità (ISS), dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), dal Ministero dell'economia e delle finanze e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 16 giugno 2016, 5 maggio 2020 e 18 marzo 2024, e relative modifiche pubblicate sul portale del ministero;

RICHIAMATI i commi 2 e 3 dell'articolo 64, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Norme finali e transitorie", con cui è stata sospesa l'entrata in vigore di parte delle disposizioni del decreto medesimo, fino alla data di pubblicazione del decreto di definizione delle tariffe massime delle relative prestazioni;

RILEVATO, pertanto, che è stato sospeso l'iter di approvazione delle proposte, di modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale, ovvero di individuazione di misure volte a incrementare l'appropriatezza della loro erogazione anche non comportanti ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, da effettuare ai sensi dell'articolo 1, commi 554 e 559, della stessa legge 28 dicembre 2015, n. 208;

CONSIDERATO che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, in attesa dell'emanazione del sopra citato decreto per le tariffe massime delle relative prestazioni ha approvato le proposte di aggiornamento isorisorse istruite nel corso dei lavori della medesima;

VISTO il Patto per la salute per gli anni 2019 – 2021, approvato con Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 18 dicembre 2019, e in particolare la scheda "Garanzia dei LEA", nella quale Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l'entrata in vigore dei relativi nomenclatori sull'intero territorio nazionale;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 recante "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica";

VISTA la relazione tecnica che contiene gli elementi diretti a dimostrare la neutralità finanziaria del presente decreto e la metodologia per la determinazione delle tariffe ivi previste;

VISTA la nota prot. MEF GAB 9010 del 23 febbraio 2024-U, con la quale il Ministero concertante, nel trasmettere il parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, reso con nota prot. 36095 del 19 febbraio 2024, rappresenta che non vi sono osservazioni da formulare;

TENUTO CONTO dell'esito della seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 15 gennaio 2025 durante la quale è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito nella definizione della nuova proposta tariffaria;

SENTITA la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del (Rep. Atti n. .../CSR);

ACQUISITO il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, reso in data ...;

DECRETA

Art. 1 (Oggetto)

1. Il presente decreto apporta correzioni e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, supplemento ordinario, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.
2. Agli articoli 11, 14, 17, 18, 27, 33, 35 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 sono apportate le integrazioni e modifiche indicate nell'allegato 1 parte integrante al presente provvedimento.
3. Gli aggiornamenti degli allegati al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 sono riportati negli allegati di seguito indicati, costituenti parte integrante del presente provvedimento:
 - A (Prevenzione collettiva e sanità pubblica);
 - M (Ausili monouso) – fogli da M1 a M4;
 - B (Assistenza Specialistica ambulatoriale) – fogli da B1 a B10 e foglio legenda;
 - C (Assistenza Protesica) – fogli da C1.1 a C1.4 relativi all'elenco 1 - da C2A.1 a C2A.3 relativi all'elenco 2A e C2B.1 a C2B.5 relativi all'elenco 2B;
 - N (DGR ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria);
 - R (Esenzione per malattie rare) – fogli da R1 a R6;
 - D (Esenzione per malattie croniche e invalidanti) – fogli da D1 a D4;
 - F (Assistenza termale);

- T (Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo);
- V (Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica).

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

1. L'allegato 1 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", è modificato e integrato come segue: alla lett.) F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale" dopo il punto F9 è inserito il punto F10 "Screening neonatale esteso" - Screening neonatale esteso per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA).
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato A al presente decreto, che modifica l'allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica, al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 3

(Ausili monouso)

1. L'allegato 2 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Ausili monouso" è aggiornato come segue:
 - a) gli aggiornamenti concernenti la correzione dei refusi sono riportati nell'allegato M - foglio M1;
 - b) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di denominazione sono riportati nell'allegato M - foglio M2;
 - c) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di descrizione sono riportati nell'allegato M - foglio M3;
 - d) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento delle note sono riportati nell'allegato M - foglio M4.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato M al presente decreto, che modifica l'allegato 2 Ausili monouso al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.
3. All'allegato 11 recante "Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, sono apportate le modifiche indicate nell'allegato V al presente provvedimento.

Art. 4

(Assistenza Specialistica ambulatoriale)

1. L'allegato 4 e l'allegato 4D al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recanti rispettivamente "Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" e "Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni appropriatezza prescrittiva", sono aggiornati come segue:
 - a) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di prestazioni sono riportati nell'allegato B - foglio B1 al presente decreto;

- b) gli aggiornamenti concernenti modifiche nella descrizione di prestazioni sono riportati nell'allegato B - foglio B2 al presente decreto;
 - c) gli aggiornamenti concernenti la modifica di codici di prestazioni sono riportati nell'allegato B- foglio B3 al presente decreto;
 - d) gli aggiornamenti concernenti l'eliminazione/inserimento di note H e note R sono riportati nell'allegato B - foglio B4 al presente decreto;
 - e) gli aggiornamenti concernenti le prestazioni eliminate sono riportati nell'allegato B- foglio B5 al presente decreto;
 - f) gli aggiornamenti concernenti la modifica della riconduzione alle branche sono riportati nell'allegato B - foglio B6 al presente decreto;
 - g) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento del codice di patologia di cui all'allegato 4 GEN COLONNA E è riportato nell'allegato B - foglio B7 al presente decreto;
 - h) gli aggiornamenti concernenti la composizione dei pacchetti di Radioterapia sono riportati nell'allegato B - foglio B8 al presente decreto;
 - i) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza sono riportati nell'allegato B - foglio B9 al presente decreto;
 - j) gli aggiornamenti concernenti modifica/inserimento di indicazioni di appropriatezza sono riportati nell'allegato B - foglio B10 al presente decreto.
2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato B al presente decreto, comprensivo del foglio legenda, che modifica l'allegato 4 "Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" e l'allegato 4D "Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità – indicazioni appropriatezza prescrittiva" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 5
(Assistenza Protesica)

1. L'allegato 5 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)" è modificato come segue:
- a) la definizione riportata dopo il titolo dell'elenco 1 AUSILI SU MISURA è sostituita dalla seguente: "Si definisce "su misura", ai sensi del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017, qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali. I dispositivi fabbricati in serie che devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura";
 - b) la definizione riportata dopo il titolo dell'Elenco 2a "AUSILI DI SERIE che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato" e dopo il titolo dell'Elenco 2b "AUSILI DI SERIE pronti per l'uso" è sostituita dalla seguente: "Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017".
2. L'allegato 5 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)" è aggiornato come segue:
- a) gli aggiornamenti dell'elenco 1 concernenti le modifiche di denominazione sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 1" - foglio C1.1;
 - b) gli aggiornamenti dell'elenco 1 concernenti le modifiche di descrizione sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 1" - foglio C1.2;

- c) gli aggiornamenti dell'elenco 1 concernenti le modifiche dei codici sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 1" - foglio C1.3;
 - d) gli aggiornamenti dell'elenco 1 concernenti le eliminazioni sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 1" - foglio C1.4;
 - e) gli aggiornamenti dell'elenco 2A concernenti i nuovi inserimenti sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2A" - foglio C2A.1;
 - f) gli aggiornamenti dell'elenco 2A concernenti le modifiche di descrizione sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2A" - foglio C2A.2;
 - g) gli aggiornamenti dell'elenco 2A concernenti le modifiche dei codici sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2A" - foglio C2A.3;
 - h) gli aggiornamenti dell'elenco 2B concernenti le modifiche di denominazione sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2B" - foglio C2B.1;
 - i) gli aggiornamenti dell'elenco 2B concernenti le modifiche di descrizione sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2B" - foglio C2B.2;
 - j) gli aggiornamenti dell'elenco 2B concernenti le modifiche dei codici sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2B" - foglio C2B.3;
 - k) gli aggiornamenti dell'elenco 2B concernenti le modifiche delle note sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2B" - foglio C2B.4;
 - l) gli aggiornamenti dell'elenco 2B concernenti le eliminazioni sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 2B" - foglio C2B.5.
3. Gli aggiornamenti di cui al comma 2 sono riportati nell'allegato C "protesica elenco 1", nell'allegato C "protesica elenco 2A" e nell'allegato C "protesica elenco 2B" al presente decreto, che modificano l'allegato 5 "Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.
4. All'allegato 12 recante "Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica" al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, sono apportate le integrazioni e modifiche indicate nell'allegato V al presente provvedimento.

Art. 6

(DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria)

1. L'allegato 6A al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" è integralmente sostituito dall'allegato N al presente decreto.

Art. 7

(Esenzione per malattie rare)

1. L'elenco delle malattie rare individuate dall'allegato 7 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie è modificato come segue:
- a) gli aggiornamenti relativi all'inserimento di nuove malattie e/o gruppi sono riportati nell'allegato R - foglio R1 al presente decreto;
 - b) gli aggiornamenti relativi alla modifica della denominazione di singole malattie/gruppi sono riportati nell'allegato R - foglio R2 al presente decreto;
 - c) gli aggiornamenti relativi all'inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo sono riportati nell'allegato R - foglio R3 al presente decreto;
 - d) gli aggiornamenti relativi allo spostamento di malattie in altri gruppi sono riportati nell'allegato R - foglio R4 al presente decreto;
 - e) gli aggiornamenti relativi all'inserimento di nuovi sinonimi di malattie sono riportati nell'allegato R - foglio R5 al presente decreto;

- f) gli aggiornamenti relativi alla eliminazione di esempi di malattie sono riportati nell'allegato R - foglio R6 al presente decreto.
- 2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato R al presente decreto, che modifica l'allegato 7 Malattie rare al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 8

(Esenzione per malattie croniche e invalidanti)

- 1. L'elenco delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, individuate dall'Allegato 8 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, è modificato come segue:
 - a) gli aggiornamenti relativi alla modifica della denominazione di singole malattie o condizioni sono riportati nell'allegato D - foglio D1 al presente decreto;
 - b) gli aggiornamenti relativi alla modifica della descrizione delle prestazioni sono riportati nell'allegato D - foglio D2 al presente decreto;
 - c) gli aggiornamenti relativi alla modifica degli elenchi delle prestazioni sono riportati nell'allegato D - foglio D3 al presente decreto;
 - d) gli aggiornamenti relativi alle prestazioni eliminate sono riportati nell'allegato D- foglio D4 al presente decreto.
- 2. Gli aggiornamenti di cui al comma 1 sono riportati nell'allegato D al presente decreto, che modifica l'allegato 8 "Esenzione per malattie croniche e invalidanti" del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Art. 9

(Assistenza termale)

- 1. L'allegato 9 "Assistenza termale" di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 è sostituito dall'allegato F al presente decreto.

Art. 10

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo)

- 1. Gli aggiornamenti all'allegato 10 B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" sono riportati nell'allegato T al presente decreto.

Art. 11

(Clausola di invarianza finanziaria)

- 1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

Art.12

(Norme finali e transitorie)

- 1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma,

Il Ministro della salute

Il Ministro dell'economia e delle finanze

AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE
Modifiche al testo del dPCM 12 GENNAIO 2017

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
Capo III	
Assistenza distrettuale	
Art. 11	
Erogazione di dispositivi medici monouso	
1. Agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica, e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto. La condizione di avere diritto alle prestazioni è certificata dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione o disabilità.	Al comma 1 dell'articolo 11 del decreto del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, dopo la parola "assistiti" è inserita la parola "laringectomizzati" e dopo le parole "fecale cronica," sono inserite le parole "agli assistiti affetti da malattie rare". Dopo le parole "allegato 2 al presente decreto" sono inserite le parole "specificamente destinati ai suddetti assistiti".
2. Le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto, sono erogate su prescrizione del medico specialista effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. E' fatta salva la possibilità per le regioni e per le province autonome di individuare le modalità con le quali la prescrizione è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici dei servizi territoriali. I prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito sono prescritti dal medico nell'ambito di un piano di trattamento di durata definita, eventualmente rinnovabile, predisposto dallo stesso medico; il medico prescrittore è responsabile della conduzione del piano.	
Art. 14	
Erogazione di prodotti dietetici	
1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione di alimenti a fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica. Le patologie sono accertate e certificate dai centri di riferimento a tal fine identificati dalle regioni e delle province autonome.	
2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì ai nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, l'erogazione dei sostituti del latte materno e alle persone affette da celiachia l'erogazione degli alimenti senza glutine specificamente formulati per celiaci o per persone intolleranti al glutine.	
3. I prodotti erogabili alle persone di cui al comma 1 sono elencati nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'articolo 7 del decreto ministeriale 8 giugno 2001. Ai soggetti affetti da celiachia l'erogazione dei prodotti senza glutine è garantita nei limiti dei tetti massimi di spesa mensile fissati dal medesimo Ministero della salute.	il comma 3 è sostituito dal seguente: 3. Alle persone affette da celiachia l'erogazione degli alimenti senza glutine specificamente formulati per celiaci è garantita nei limiti dei tetti massimi di spesa mensile fissati dai decreti ministeriali emanati ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della legge 4 luglio 2005, n. 123 recante "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia". Gli alimenti erogabili alle persone di cui ai commi 1, 2, e 3 sono elencati nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della Salute.
4. Le regioni e le province autonome provvedono alla fornitura gratuita dei prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica nonché dei preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette malattie neuro-degenerative, nei limiti e con le modalità fissate dalle stesse regioni e le province autonome.	
5. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.	
Art. 17	
Assistenza protesica	
1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'articolo 18 le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.	
2. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'articolo 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo, il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle caratteristiche principali, eventuali condizioni o limiti di erogabilità, eventuali indicazioni cliniche prioritarie volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Le prestazioni e i dispositivi sono erogabili nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel nomenclatore.	
3. Il nomenclatore contiene:	
a) le protesi e le ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi. I dispositivi e le prestazioni di cui alla presente lettera sono indicati nell'elenco 1;	
b) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, indicati nell'elenco 2A, che, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;	
c) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato, indicati nell'elenco 2B.	

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
<p>4. Nel caso in cui risulti necessario l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita, a cura dei soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto degli ausili, da professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, nel rispetto dei compiti individuati dai rispettivi profili professionali.</p>	<p>il comma 4 è sostituito dal seguente: 4. Nel caso in cui risulti necessario l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita, a cura dei soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto degli ausili, da professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, nel rispetto dei compiti individuati dai rispettivi profili professionali. Per gli ausili di serie presenti nell'elenco 2A erogati a tariffa, questa è comprensiva delle prestazioni necessarie per l'adattamento e la personalizzazione.</p>
<p>5. Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili, necessità derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene e informando l'assistito sulle sue caratteristiche e funzionalità riabilitative-assistenziali. L'azienda sanitaria locale di competenza autorizza la fornitura. L'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dall'azienda sanitaria locale per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi ed il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito; parimenti, rimane a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.</p>	
Art. 18	
Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica	
<p>1. Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 al presente decreto gli assistiti di seguito indicati, in connessione alle menomazioni e disabilità specificate:</p>	<p>il comma 1 è sostituito dal seguente: 1. Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nell'Allegato 5 gli assistiti di seguito indicati, in connessione alle disabilità specificate:</p>
<p>a) le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone con cecità totale o parziale o ipovedenti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sorde di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti commissioni mediche;</p>	<p>la lettera a) è sostituita dalla seguente: a) le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone con cecità totale o parziale o ipovedenti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sorde di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione alle disabilità accertate dalle competenti commissioni mediche;</p>
<p>b) i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente;</p>	
<p>c) le persone di cui alla lettera a) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista;</p>	<p>la lettera c) è sostituita dalla seguente: c) le persone di cui alla lettera a) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato disabilità permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime disabilità, accertate dal medico specialista;</p>
<p>d) le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;</p>	<p>la lettera d) è sostituita dalla seguente: d) le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, disabilità che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo, in relazione alle suddette disabilità risultanti dai verbali di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;</p>
<p>e) le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per i quali il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità;</p>	<p>la lettera e) è sostituita dalla seguente: e) le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per le quali il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle disabilità certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità;</p>
<p>f) le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;</p>	<p>la lettera f) è sostituita dalla seguente: f) le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una disabilità grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;</p>
<p>g) le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazione alle suddette menomazioni;</p>	<p>la lettera g) è sostituita dalla seguente: g) le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazione alle suddette disabilità;</p>
<p>h) le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 al presente decreto, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia.</p>	<p>la lettera h) è sostituita dalla seguente: h) le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 al presente decreto, in relazione alle disabilità correlate alla malattia.</p>
<p>2. Hanno diritto ai dispositivi provvisori e temporanei le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia, le persone con enucleazione del bulbo oculare. Le persone con amputazione di arto hanno diritto al dispositivo provvisorio in alternativa al dispositivo temporaneo.</p>	
<p>3. Le regioni e le province autonome o le aziende sanitarie locali possono fornire dispositivi di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o aziende sanitarie locali abbiano attivato servizi di riutilizzo dei suddetti dispositivi.</p>	

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
<p>4. Qualora i dispositivi siano prescritti, per motivi di necessità e urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ubicate fuori del territorio della azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, la prescrizione è inoltrata dalla unità operativa di ricovero all'azienda sanitaria locale di residenza, che rilascia l'autorizzazione tempestivamente, anche per via telematica. Limitatamente ai dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in caso di silenzio dell'azienda sanitaria locale, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione si intende concessa. In caso di autorizzazione tacita il corrispettivo riconosciuto al fornitore è pari alla tariffa o al prezzo fissati dalla regione di residenza dell'assistito.</p>	
<p>5. L'azienda sanitaria locale può autorizzare la fornitura di una protesi di riserva per le persone con amputazione di arto. Nei confronti di altri soggetti per i quali la mancanza del dispositivo impedisce lo svolgimento delle attività essenziali della vita, l'azienda sanitaria locale è tenuta a provvedere immediatamente alla sua eventuale riparazione o sostituzione.</p>	
<p>6. Agli invalidi del lavoro, i dispositivi dovuti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) con spesa a carico dell'Istituto, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'Istituto stesso.</p>	
<p>7. Sono fatti salvi i benefici già previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimilate.</p>	
<p>8. In casi eccezionali, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, le aziende sanitarie locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili non appartenenti ad una delle tipologie riportate nel nomenclatore allegato, nel rispetto delle procedure fissate dalla regione e sulla base di criteri e linee guida.</p>	
<p>9. I dispositivi inclusi nell'allegato 5 sono ceduti in proprietà all'assistito, fatta salva la facoltà delle regioni e delle province autonome di disciplinare modalità di cessione in comodato dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B dell'allegato 5 per i quali le regioni, le province autonome o le aziende abbiano attivato servizi di riutilizzo dei dispositivi stessi. L'assistito è responsabile della custodia e della buona tenuta della protesi, dell'ortesi o dell'ausilio tecnologico.</p>	
<p>10. L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in favore dei propri assistiti di età superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nel medesimo elenco e in ogni caso quando sussistono le condizioni di cui alle lettere a) e b) e con le procedure ivi indicate. Per i dispositivi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo si applicano le previsioni di cui alle lettere a) e b). Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi può essere autorizzata nei casi di:</p>	<p>il comma 10, con l'esclusione delle lettere a) e b) è sostituito dal seguente: 10. L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5 e nell'elenco 2A limitatamente per quelli erogati a tariffa, in favore dei propri assistiti di età superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nei medesimi elenchi e in ogni caso quando sussistono le condizioni di cui alle lettere a) e b) e con le procedure ivi indicate. Per i dispositivi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo si applicano le previsioni di cui alle lettere a) e b). Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi può essere autorizzata nei casi di:</p>
<p>a) particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psicofisico dell'assistito, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessità del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;</p>	
<p>b) rottura accidentale o usura, non attribuibile all'uso improprio del dispositivo, a grave incuria o a dolo, cui consegue l'impossibilità tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalità del dispositivo riparato, valutate dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.</p>	

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
Capo IV	
Assistenza sociosanitaria	
Art. 27	
Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità	
1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:	All'articolo 27, comma 1, dopo la parola "distrettuale" è inserita la parola "domiciliare".
a) valutazione diagnostica multidisciplinare;	
b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;	
c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;	
d) colloqui psicologico-clinici;	
e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);	
f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;	
g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;	
h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;	
i) gruppi di sostegno;	
j) interventi sulla rete sociale formale e informale;	
k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;	
l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;	
m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;	
n) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.	
2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.	
Art. 33	
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali	
1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:	
a) accoglienza;	
b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;	
c) visite psichiatriche;	
d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;	
e) colloqui psicologico-clinici;	
f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);	
g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;	
h) interventi sulla rete sociale formale e informale;	
i) collaborazione con i medici di medicina generale.	
2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:	
a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;	Al comma 2, lettera a), le parole "della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento" sono sostituite dalle parole "con durata fino a 18 mesi, prorogabili in accordo con il centro di salute mentale di riferimento per un periodo che di norma non supera i 6 mesi"
b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;	Al comma 2, lettera b), le parole "della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento" sono sostituite dalle parole "con durata fino a 36 mesi, prorogabili in accordo con il centro di salute mentale di riferimento per un periodo che di norma non supera i 12 mesi"
c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.	

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.	
4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.	
5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.	
Art. 35	
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche	
1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:	
a) accoglienza;	
b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;	
c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;	
d) colloqui psicologico-clinici;	
e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);	
f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;	
g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);	
h) collaborazione con la rete sociale formale e informale;	
i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;	
j) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;	
k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;	
l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.)	
m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.	
2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:	
a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;	Al comma 2, lettera a), le parole "della durata massima di" sono sostituite dalle parole "che non superano, di norma, i"
b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;	
c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.	Al comma 2, lettera c), le parole "della durata massima di" sono sostituite dalle parole "che non superano, di norma, i"
3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.	
4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:	
a) trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana;	
b) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.	Al comma 4, lettera b), le parole "della durata massima di" sono sostituite dalle parole "che non superano, di norma, i"

TESTO VIGENTE	MODIFICHE
5. I trattamenti semiresidenziali di cui al comma 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.	
Capo V	
Assistenza ospedaliera	
Art. 38	
Ricovero ordinario per acuti	
1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.	
2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto.	All'articolo 38, comma 2, al primo periodo, dopo le parole "clinici e strumentali", sono inserite le parole "e degli interventi riabilitativi immediati".
3. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse.	
4. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati.	
5. Gli interventi di chirurgia estetica sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale solo in conseguenza di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite.	

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F10	Screening neonatale esteso L. 19-8-2016 n. 167 “Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie” e s.m.i. dm 13 ottobre 2016 “Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie”	Elenco delle malattie oggetto dello screening neonatale esteso: Fenilchetonuria Iperfenilalaninemia benigna Deficit della rigenerazione del cofattore bioterina Deficit della biosintesi del cofattore bioterina Tirosinemia tipo I Tirosinemia tipo II Malattia delle urine allo sciroppo d’acero Omocistinuria (difetto di CBS) Omocistinuria (difetto severo di MTHFR) Acidemia glutarica tipo I Acidemia isovalerica Deficit di beta-chetotilasi Acidemia 3-Idrossi 3-metilglutarica Acidemia propionica Acidemia metilmalonica (Mut) Acidemia metilmalonica (Cbl-A) Acidemia metilmalonica (Cbl-B) Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit Cbl C) Acidemia metilmalonica con omocistinuria (deficit Cbl D) Deficit di 2-metil butiril-CoA deidrogenasi Aciduria malonica Deficit multiplo di carbossilasi Citrullinemia I Citrullinemia tipo II (deficit di Citrina) Acidemia argininosuccinica Argininemia Deficit del trasporto della carnitina Deficit di carnitina palmitoil-transferasi I Deficit carnitina acil-carnitina translocasi Deficit di carnitina palmitoil-transferasi II Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena molto lunga Deficit della proteina trifunzionale mitocondriale Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena lunga Deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena media	Prestazioni connesse all'attività di screening neonatale ed invio ad altri setting assistenziali per la successiva presa in carico in relazione alla specifica malattia.

		Deficit di 3-idrossi-acil-CoA deidrogenasi a catena media/corta Acidemia glutarica tipo II Galattosemia Difetto di biotinidasi Atrofia Muscolare Spinale (SMA)	
--	--	--	--

Indice	Fogli
<u>B1 - INSERIMENTO DI PRESTAZIONI</u>	B1 Inserimento Prest
<u>B2 - MODIFICHE DESCRIZIONE DI PRESTAZIONI</u>	B2 Prest Modificate
<u>B3 - MODIFICA DI CODICI DI PRESTAZIONI</u>	B3 Modifica di codici
<u>B4 - ELIMINAZIONE/INSERIMENTO NOTE H e NOTE R</u>	B4 Note H e R
<u>B5 - PRESTAZIONI ELIMINATE</u>	B5 Prest eliminate
<u>B6 - MODIFICA DELLA RICONDUZIONE ALLE BRANCHE</u>	B6 branche
<u>B7 - INSERIMENTO CODICE DI PATOLOGIA DI CUI ALL'ALLEGATO 4 GEN COLONNA E</u>	B7 nuovo codice 4GEN E
<u>B8 - AGGIORNAMENTI PACCHETTI DI RADIOTERAPIA</u>	B8 RAD
<u>Legenda</u>	Legenda
<u>B9 - INSERIMENTO CONDIZIONI DI EROGABILITA'/INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA</u>	B9 Note appropriatezza
<u>B10 - MODIFICA/INSERIMENTO DI INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA</u>	B10 Modifica note

**ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12
GENNAIO 2017**

B1 - INSERIMENTO PRESTAZIONI

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca 1
	04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE		
	42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)		Gastroenterologia
	43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).		Gastroenterologia
	45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)		Gastroenterologia
R	91.61.3	STATO MUTAZIONALE PROGNOSTICO PER CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESPONSIVO IN STADIO PRECOCE	76	Laboratorio
	87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC		Diagnostica per immagini
	88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	114	Diagnostica per immagini
	88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	114	Diagnostica per immagini
	88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	114	Diagnostica per immagini
	90.05.6	ALBUMINA GLICATA	113	Laboratorio
	92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A		Radioterapia
	92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute		Radioterapia
	92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute		Radioterapia
	92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute		Radioterapia
	92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute		Radioterapia
	92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B		Radioterapia
	92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute		Radioterapia
	92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute		Radioterapia
	92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute		Radioterapia
	92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute		Radioterapia
	92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C		Radioterapia
	92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute		Radioterapia
	92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute		Radioterapia
	92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute		Radioterapia
	92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute		Radioterapia
	92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D		Radioterapia
	92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute		Radioterapia
	92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute		Radioterapia
	92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. 11-20 sedute		Radioterapia
	92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute		Radioterapia
	92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia
	92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia
	92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia
	92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia
	92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia
	92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia
	92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia
	92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia
	92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia
	92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia
	92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia
	92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia
	92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia
	92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia
	92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia
	92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia
	92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia
	92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017			
B2 - MODIFICA NELLA DESCRIZIONE DI PRESTAZIONI			
CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco	03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco. Non associabile a 03.91.2, 03.99.1, 86.06, 86.07
11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	11.31	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM
14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Minimo tre sedute	14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Fino a 4 sedute
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Include le sostanze	14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post intervento. Include le sostanze
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco	14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Incluso farmaco
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica. Non associabile a 22.02
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.3
33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL	33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22
38.59.1	MINISTRIPPING [VARICETOMIA] DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali. Escluse le safene	38.59.1	VARICETOMIA DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Escluse le safene
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni e trattamento del varicocele.
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	39.99.1	ECOCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTEROVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO
39.99.5	ECODOPPLER FISTOLA ARTEROVENOSA	39.99.5	ECOCOLOR DOPPLER DI FISTOLA ARTEROVENOSA
43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Polipectomia gastrica e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: Controllo di emorragia	43.41.1	POLIPECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia. Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)	44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2).
45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA	45.13.2	ENTEROSCOPIA
45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA	45.13.3	ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23)	45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1
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: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	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: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
45.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Polipectomia e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	45.30.1	POLIPLECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO SENZA E CON MDC. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1
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: costo del farmaco ed eventuale guida ecografica	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco ed eventuale guida ecografica
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	87.03.5	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	87.03.6	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo)	87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)	87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo)	87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)	87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1
88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO]	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]
88.32	ARTROGRAFIA CON MDC	88.32	ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. Almeno tre distretti anatomici	88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, ADDOME. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)
88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)
88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.
88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO	88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: color Doppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: eventuale integrazione Color Doppler	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: color Doppler se necessario
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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5	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 retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: eventuale integrazione Color Doppler	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Color Doppler se necessario
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: eventuale integrazione Color Doppler	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Color Doppler se necessario
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: eventuale integrazione Color Doppler	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: Color Doppler se necessario

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschili o femminili ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschili o femminili ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali
88.76.5	ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI	88.76.5	ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1
88.76.6	ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO	88.76.6	ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1
88.77.4	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	88.77.4	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi
88.77.5	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	88.77.5	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi
88.77.6	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	88.77.6	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi
88.77.7	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	88.77.7	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi
88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1, Ecografia ginecologica 88.78.2
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAMMA 87.83.2
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: color Doppler se necessario
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: color Doppler se necessario
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: color Doppler se necessario
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color Doppler	88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)
88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC. Studio multidistrettuale di due o più segmenti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. STUDIO MULTIDISTRETTUALE DI DUE O PIU' SEGMENTI. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa Anestesia e Visita anestesologica per pazienti pediatrici o non collaboranti	88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Inclusa Anestesia e Visita anestesologica per pazienti pediatrici o non collaboranti
88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: relativo distretto vascolare	88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C
88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: relativo distretto vascolare	88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)
88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico	88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG.	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisinnogramma (89.17)
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER. Incluso: ECG (89.52)	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso: ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
89.52.3	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	89.52.3	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFA GEO
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5
89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume. Non associabile a 96.52
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.05.3	ALDOSTERONE	90.05.3	ALDOSTERONE. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.7
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.15.3	CORTISOLO	90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH)	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a 90.34.8	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH)	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
90.37.4	POTASSIO	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
90.38.2	PROLATTINA (PRL)	90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.40.2	RENINA	90.40.2	RENINA. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.40.4	SODIO	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening (90.40.8)	90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associabile a 90.40.8
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH \geq 0.45 mU/L e \leq 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH $<$ 0.45 mU/L o $>$ 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 \geq 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 $<$ 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off piú restrittivi definiti a livello regionale	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH \geq 0.45 mU/L e \leq 3.5 mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH $<$ 0.45 mU/L o $>$ 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se TSH $<$ 0.45 mU/L e FT4 \geq limite superiore di riferimento, referto di TSH + FT4; Se TSH $<$ 0.45 mU/L e FT4 $<$ limite superiore dell'intervallo di riferimento, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Se TSH $>$ 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4 e referto di TSH + FT4. Salvo range o cut-off piú restrittivi a livello regionale. Non associabile ai singoli codici 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a 90.41.8	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.44.1	UREA	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	90.49.6	ANTICORPI ANTI BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off \leq 2,5 ng/ml - \geq 10,0 ng/ml). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $>$ 2,5 ng/ml e $<$ 10,0 ng/ml	90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off \leq 2,5 mU/L - \geq 10,0 mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $>$ 2,5 ug/L e $<$ 10,0 mU/L
90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND	90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND. Analisi multimerica
90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma	90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA	90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D
91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione	91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D
91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi	91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi. Non associabile a 90.90.B, 90.92.7 e 90.94.7
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECE ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma.	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECE ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3
91.07.7	SHIGELLA NELLE FECE ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma.	91.07.7	SHIGELLA NELLE FECE ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non associabile a 90.94.3
91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME CULTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma)	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5
91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS	91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS e N-RAS
91.61.2	FISH Bcl6	91.61.2	RIARRANGIAMENTO Bcl6
92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA	92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2
92.05.7	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON FDG	92.05.7	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON FDG
92.05.C	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	92.05.C	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA
92.05.D	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	92.05.D	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41
92.09.1	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	92.09.1	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41
92.11.6	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	92.11.6	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON FDG
92.11.A	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	92.11.A	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRADIA	92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRADIA. Non associabile a 92.13
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.19.8
92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPorea CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPorea CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.19.8
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPorea. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPorea. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7
92.18.C	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPorea CON FDG	92.18.C	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPorea CON FDG
92.18.D	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPorea CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	92.18.D	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPorea CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione
92.19.B	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	92.19.B	TOMOGRADIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy.	92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese
93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese
93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese
93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)
93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4)
93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)
93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese
93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese
93.01.C	VALUTAZIONi E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	93.01.C	VALUTAZIONi E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)
93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B
93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)	93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)
93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)
93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese	93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute
93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo massimo di 10 sedute
93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell'artrosi. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell'artrosi. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute
93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute
93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo massimo di 10 sedute
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute	93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio. Non associabile a 93.01.3
95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4
95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a Tomografia retinica (OCT) 95.03.3	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a 95.03.3
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettro-nistagmografia, videoculografia)]	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettro-nistagmografia, videoculografia)]. Non associabile a Test clinico della funzionalità vestibolare (95.44.1)
96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla visita ORL (89.7B.8)	96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)
97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Escluso il costo della cannula	97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.
99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Escluso: Emocomponente	99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Incluso Emocomponente
99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intrattassutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Escluso: Emocomponente	99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intrattassutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Incluso Emocomponente
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino
99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Incluso farmaco
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI).

**ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE -
ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017**

B3 - MODIFICA DI CODICE

CODICE VIGENTE	NUOVO CODICE
89.7B.2	89.7C.4
89.7B.3	89.7B.2
89.7B.4	89.7B.3
89.7B.5	89.7B.4
89.7B.6	89.7B.5
89.7B.7	89.7B.6
89.7B.8	89.7B.7
89.7B.9	89.7B.8
89.7C.1	89.7B.9
89.7C.2	89.7C.1
89.7C.3	89.7C.2
89.7C.4	89.7C.3
90.01.63	90.01.6
90.73.5	90.73.A
90.73.A	90.73.B
90.73.B	90.73.C
90.74.1	90.74.A
90.74.A	90.74.B

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017

B4 - ELIMINAZIONE/INSERIMENTO NOTA H e R

NOTA H ELIMINATA	
CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI
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: costo del farmaco ed eventuale guida ecografica
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino
NOTA H INSERITA	
CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA
50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)
39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)
NOTA R INSERITA	
CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE
04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELLIZZAZIONE
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute
39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare ≥ 45 kDa). Per seduta
39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI
39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare ≥ 45 kDa). Per seduta
39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO
39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)
39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneooperitoneale
54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere
54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE
54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017

B5 - PRESTAZIONI ELIMINATE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA
39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute
39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute
39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA
87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto
87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3
90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni
91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg
91.6R.1	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico
92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE-CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy.
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute
92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Include le fasi propedeutiche alla prestazione
92.25.6	IRRADIAZIONE CORPorea TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta
92.25.7	IRRADIAZIONE CORPorea TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI
92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE
92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento
92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER 1ª SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta
92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato
92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta
92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto
92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto
92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D
92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento
92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute
92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12**B6 - MODIFICA DELLA RICONDUZIONE ALLE BRANCHE**

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	NUOVA BRANCA
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
39.99.5	ECODOPPLER FISTOLA ARTEROVENOSA	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.	ENDOCRINOLOGIA
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI).	RADIOTERAPIA

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017

B7 - INSERIMENTO NUOVO CODICE

CODICE	PATOLOGIA	GENE DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G030	Carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce	Secondo Linee guida validate di Società scientifiche accreditate nel SNLG	Carcinoma mammario in fase iniziale (stadio I-IIIa) con recettori ormonali positivi (ER+) e con recettori del fattore di crescita epidermico umano 2 negativi (HER2-), identificate dopo stratificazione clinica, istopatologica e strumentale radiologica (allegato 2 dm 18 maggio 2021 -GU Serie Generale n.161 del 07-07-2021)".	91.61.3			

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017

B8 - COMPOSIZIONE DEI PACCHETTI DI RADIOTERAPIA

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	A	Livello minimo	Procedure intracavitare, contatto cutaneo. Comprende i trattamenti interventistici con 1 o più simulazioni mediante tecniche 2D senza coinvolgimento di equipe anestesiologicala.	Trattamento	<2	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	E	92.27.1A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	OPPURE	92.27.3A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5.
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	E	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	E	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti
Brachiterapia	A			Trattamento	<2	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	E	92.27.1A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	OPPURE	92.27.3A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5.
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	E	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	E	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti
Brachiterapia	A			Trattamento	3-6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	E	92.27.1A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	OPPURE	92.27.3A	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	E	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	E	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti
Brachiterapia	A			Trattamento	>6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	B			Livello standard	Procedure intracavitare, contatto cutaneo. Comprende i trattamenti interventistici con 1 o più simulazioni mediante tecniche 2D senza coinvolgimento di equipe anestesiologicala.	Trattamento	<2	INIZIO
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5.
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	B	Trattamento	<2			E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5.
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	B			Trattamento	3-6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A e 92.27.5.
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3 e 92.27.1
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	B			Trattamento	>6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	C	Livello standard - complesso	Procedure intracavitare, contatto cutaneo. Comprende i trattamenti interventistici con 1 o più simulazioni mediante tecniche 2D senza coinvolgimento di equipe anestesiologicala.	Trattamento	<2	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	C			Trattamento	<2	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A. 92.27.1A, 92.27.3B, 92.27.1B
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	C			Trattamento	3-6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1A, 92.27.1B, 92.27.3B e 92.27.5.

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1B, 92.27.1A, 92.27.3A e 92.27.5.
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	OPPURE	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3A. 92.27.1A, 92.27.3B, 92.27.1B
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	C			Trattamento	>6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	D			Livello complesso	Procedure intracavitarie, contatto cutaneo. Comprende i trattamenti interventistici con 1 o più simulazioni mediante tecniche 2D senza coinvolgimento di equipe anestesiológica.	Trattamento	<2	INIZIO
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			E	Nuovo	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3C
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1C
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	D	Trattamento	<2			E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3C
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1C
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
Brachiterapia	D			Trattamento	3-6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	INIZIO	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	E	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.3C
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	OPPURE	Nuovo	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato Non associabile a 92.27.1C
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	E	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC Non associabile a 92.29.3.
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	OPPURE	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A Non associabile a 92.29.2.
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	E	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC

Tipo	CATEGORIA	RAZIONALE DEL PACCHETTO	ATTIVITA' COMPRESSE NEL PACCHETTO	Sezione	N sedute	Percorso	CODICE 2017	Prestazioni che compongono il pacchetto, non prescrivibili singolarmente
Brachiterapia	D			Trattamento	>6	E	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12 GENNAIO 2017**Legenda****Modifica legenda**

VECCHIA	NUOVA
H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori protetti ovvero in ambulatori situati presso strutture di ricovero.	H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure funzionalmente collegati a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura.
Branche specialistiche: l'elencazione delle prestazioni per branche specialistiche non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione, ma ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la partecipazione al costo da parte dei cittadini. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.	Branche specialistiche: l'articolazione delle prestazioni in branche specialistiche ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano le modalità di compilazione della ricetta (legge n. 8 del 1990: massimo di otto prestazioni della medesima branca specialistica sulla stessa ricetta) e la partecipazione al costo da parte degli assistiti (legge n. 537 del 1993: somma delle tariffe delle prestazioni prescritte sulla ricetta fino al limite di 36,15 euro). L'articolazione in branche non limita né condiziona in alcun modo l'attività dei professionisti, dipendenti o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la cui attività è determinata dai rispettivi contratti di lavoro, collettivi e individuali. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.
	Incluso farmaco: la notazione indica che la prestazione prescritta all'assistito include il farmaco da somministrare; tale farmaco, quindi, è reperito dall'ambulatorio e non dall'assistito.

ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO LEA ISORISORSE - ALLEGATO 4 dPCM 12**B9- INSERIMENTO CONDIZIONI DI EROGABILITA'/INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA**

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	NOTA
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	22A
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	26A
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	26A
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare	26A
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	26B
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	26B
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	27A
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	27A
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	29
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	103
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	104
90.16.6	CROMOGRANINA A	105
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off $\leq 2,5$ ng/ml - $\geq 10,0$ ng/ml). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $> 2,5$ ng/ml e $< 10,0$ ng/ml	106
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH $\geq 0,45$ mU/L e $\leq 3,5$ mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH $< 0,45$ mU/L o $> 3,5$ mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se TSH $< 0,45$ mU/L e FT4 \geq limite superiore di riferimento, referto di TSH + FT4; Se TSH $< 0,45$ mU/L e FT4 $<$ limite superiore dell'intervallo di riferimento, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Se TSH $> 3,5$ mU/L: esecuzione automatica di FT4 e referto di TSH + FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi a livello regionale. Non associabile ai singoli codici 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).	107
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	108
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	108
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	108
90.05.6	ALBUMINA GLICATA	113

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	NOTA VIGENTE	NUOVA NOTA
24	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Dolore violento, recente, ingravescente. In presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore. B) SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori; C) SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV; D) COMPLICANZE POST-TRAUMATICHE	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: sospetta estensione endocanalarie/extraverebrale della neoplasia. B) SOSPETTA SPONDILODISCITE: migliore definizione del processo patologico dopo RM senza mezzo di contrasto. C) SOSPETTA PATOLOGIA INFETTIVA. D) COMPLICANZE POST-TRAUMATICHE o POST CHIRURGICHE.
25	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico; dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare	A) DIAGNOSI, STADIAZIONE E FOLLOW-UP IN AMBITO ONCOLOGICO E ONCO-EMATOLOGICO. B) DIAGNOSI E MONITORAGGIO IN FASE DI ATTIVITA' DI SCLEROSI MULTIPLA.
26	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia. B) POST CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis). Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM	A) PATOLOGIA TRAUMATICA/DEGENERATIVA: indicata nel caso di lesione ossea od osteocondrale negativa o dubbia alla RX. In caso di dolore persistente con sospetta lesione tendinea ed ecografia negativa o dubbia. Non ripetibile prima di 1 anno ed in funzione del quadro clinico. B) POST CHIRURGICA: non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA PATOLOGIA ARTRITICA: dopo RX negativa e test di laboratorio probanti per la patologia. Non ripetibile prima di almeno 6 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico.
26A	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	1) PATOLOGIA TRAUMATICA/DEGENERATIVA: indicata nel caso di lesione ossea od osteocondrale negativa o dubbia alla RX. In caso di dolore persistente con sospetta lesione tendinea ed ecografia negativa o dubbia. Non ripetibile prima di 1 anno ed in funzione del quadro clinico. 2) POST CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. 3) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: dopo RX negativa e test di laboratorio probanti per la patologia. Non ripetibile prima di almeno 6 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico.
26B	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	1) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione ossea od osteocondrale negativa o dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta patologia legamentosa o tendinea. 2) POST CHIRURGICA in caso di complicanze 3) SOSPETTA PATOLOGIA INFIAMMATORIA; Compresa la valutazione delle articolazioni sacro-iliache
27	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia. B) POST CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis). Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM	A) PATOLOGIA TRAUMATICA/DEGENERATIVA: indicata nel caso di lesione ossea od osteocondrale negativa o dubbia alla RX; in caso di dolore persistente con sospetta lesione meniscale o capsula legamentosa; non ripetibile prima di 1 anno ed in funzione del quadro clinico. B) POST CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: dopo RX negativa e test di laboratorio probanti per la patologia infiammatoria; non ripetibile prima di almeno 6 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico.

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	NOTA VIGENTE	NUOVA NOTA
27A	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	1) PATOLOGIA TRAUMATICA/ DEGENERATIVA: indicata nel caso di lesione ossea od osteocondrale negativa o dubbia alla Rx. Non ripetibile prima di 1 anno ed in funzione del quadro clinico. 2) POST CHIRURGICA: non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. 3) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: dopo Rx negativa e test di laboratorio probanti per la patologia infiammatoria. Non ripetibile prima di almeno 6 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico.
28	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata. B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: indagine di scelta per la stadiazione locale e per il follow-up di una neoplasia accertata. B) SOSPETTO ONCOLOGICO: indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee. C) BILANCIO POST-CHIRURGICO IN CASO DI COMPLICANZE.
58	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) MONITORAGGIO di carcinoma ovarico e uterino, peritoneo e mesotelio. B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO PER CARCINOMA OVARICO: su prescrizione specialistica in situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia. Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening.	Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nelle seguenti condizioni: A) CARCINOMA DI OVAIO E TUBA (in pazienti con diagnosi nota): diagnosi differenziale (in associazione a ecografia), riconoscimento precoce della progressione, risposta al trattamento primario, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata. B) ADENOCARCINOMA DELL'ENDOMETRIO Fortemente sconsigliato quale biomarcatore in ambito oncologico per screening e diagnosi differenziale (quando non associata a ecografia pelvica o sintomi sospetti).
59	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	MONITORAGGIO di carcinoma mammario	Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nel: CARCINOMA DELLA MAMMELLA (in pazienti con diagnosi già nota): riconoscimento precoce della progressione (in caso di sospetto di ripresa della malattia), monitoraggio della malattia avanzata. Fortemente sconsigliato quando non vi sia diagnosi di patologia oncologica, per screening, diagnosi differenziale, bilancio di base.
60	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	A) MONITORAGGIO di adenocarcinomi del pancreas, delle vie biliari, dello stomaco e del polmone. B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO: su prescrizione specialistica situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia. Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening.	Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nelle seguenti condizioni: A) ADENOCARCINOMA DEL PANCREAS (in pazienti con diagnosi nota): bilancio di base, risposta al trattamento primario, per bilancio di base e riconoscimento precoce della progressione, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata B) CARCINOMA DELLE VIE BILIARI (in pazienti con diagnosi nota): bilancio di base e monitoraggio della terapia nella malattia avanzata. Fortemente sconsigliato per screening e diagnosi differenziale, in particolare per bilancio di base e riconoscimento precoce della progressione nel carcinoma del COLON RETTO.
61	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	MONITORAGGIO di: a) carcinoma mammario; b) adenocarcinomi in qualsiasi sede	Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nelle seguenti condizioni: A) CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE: diagnosi differenziale, bilancio di base, risposta al trattamento primario, riconoscimento precoce della progressione, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata. B) CARCINOMA DELLE VIE BILIARI: bilancio di base, monitoraggio. C) ADENOCARCINOMA DEL COLON RETTO: bilancio di base, riconoscimento precoce della progressione, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata. D) CARCINOMA DELLA MAMMELLA: monitoraggio della terapia nella malattia in fase avanzata. E) TUMORE DEL POLMONE NON A PICCOLE CELLULE (NSCLC): monitoraggio della terapia nella malattia avanzata. Fortemente sconsigliato per screening e diagnosi differenziale quando non vi sia evidenza di diagnosi di patologia oncologica.

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	NOTA VIGENTE	NUOVA NOTA
90	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Su indicazione specialistica.	Su indicazione specialistica. Da eseguire presso ambulatori dotati degli strumenti necessari alla gestione di eventuali reazioni avverse.
103	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	<p>Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nelle seguenti condizioni:</p> <p>A) SCREENING in soggetti a rischio elevato di epatocarcinoma (<i>pazienti con epatite B o C e/o cirrosi epatica, emocromatosi etc.</i> in associazione ad ecografia)</p> <p>B) DIAGNOSI NOTA DI EPATOCARCINOMA: bilancio di base, riconoscimento precoce della progressione, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata, monitoraggio dei pazienti candidati a trapianto di fegato.</p> <p>C) CARCINOMA GERMINALE DEL TESTICOLO: diagnosi differenziale, bilancio di base (deve essere misurato prima di qualsiasi trattamento), riconoscimento precoce della progressione, risposta al trattamento primario prima e sette giorni dopo il trattamento, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata.</p> <p>D) CARCINOMA DELL'OVAIO NON EPITELIALE: diagnosi differenziale, bilancio di base, riconoscimento precoce della progressione, risposta al trattamento primario, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata.</p> <p>Fortemente sconsigliato per screening e diagnosi differenziale in soggetti non a rischio.</p>
104	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	<p>Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nelle seguenti condizioni:</p> <p>A) CARCINOMA GERMINALE DEL TESTICOLO: diagnosi differenziale, bilancio di base (il testicolo deve essere misurato prima di qualsiasi trattamento), riconoscimento precoce della progressione, risposta al trattamento primario.</p> <p>B) CARCINOMA GERMINALE DELL'OVAIO: diagnosi differenziale, bilancio di base, riconoscimento precoce della progressione, risposta al trattamento primario.</p> <p>Fortemente sconsigliato per screening.</p>
105	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	Consigliato quale biomarcatore in ambito oncologico nei TUMORI NEURO ENDOCRINI (NET): diagnosi differenziale, bilancio di base, riconoscimento precoce della progressione, monitoraggio della terapia nella malattia avanzata.
106	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	<p>La prestazione è indicata per:</p> <p>A) SCREENING SPONTANEO dopo i 40 anni, in soggetti a rischio elevato (etnia, familiarità)</p> <p>B) DIAGNOSI DIFFERENZIALE</p> <p>C) BILANCIO DI BASE</p> <p>D) SORVEGLIANZA ATTIVA</p> <p>E) RISPOSTA AL TRATTAMENTO PRIMARIA</p> <p>F) RICONOSCIMENTO PRECOCE PROGRESSIONE</p> <p>G) MONITORAGGIO TERAPIA MALATTIA AVANZATA</p> <p>Fortemente sconsigliata per screening generale o spontaneo prima dei 55 e dopo i 70 o con meno di 10 anni di aspettativa di vita.</p>
107	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	<p>Sospetto di disfunzione tiroidea.</p> <p>Non indicata per il monitoraggio della funzione tiroidea in gravidanza e in età pediatrica, in soggetti con accertata patologia tiroidea (e in trattamento farmacologico), in soggetti con patologia oncologica.</p>
108	INDICAZIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	NUOVA NOTA	OVE POSSIBILE, INDICARE GLI SPAZI INTERSOMATICI/METAMERI DA ESPLORARE

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	NOTA VIGENTE	NUOVA NOTA
113	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	NUOVA NOTA	<p>Non indicato a fini diagnostici, prescrivibile solo per il monitoraggio glicemico di pazienti con condizioni che possono interferire con le concentrazioni di emoglobina glicata (HbA1c)[®]:</p> <p>1) Pazienti con diabete mellito in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c), limitatamente alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pazienti con emoglobinopatia -pazienti con emoglobina < 10 g/dl -gravidanza <p>2) Pazienti con diabete gestazionale in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c)[®].</p>
114	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	NUOVA NOTA	Limitatamente a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispettivo distretto

Indice AUSILI SU MISURA - ELENCO 1	Foglio
<u>MODIFICA DENOMINAZIONE</u>	C1.1 mod denominazione
<u>MODIFICA DESCRIZIONE</u>	C1.2 mod descrizione
<u>MODIFICA CODICI</u>	C1.3 mod codici
<u>ELIMINAZIONE</u>	C1.4 eliminazione

ALLEGATO C - AGGIORNAMENTO DELL' ALLEGATO 5 "AUSILI SU MISURA E AUSILI DI SERIE (ELENCHI 1, 2A e 2B)" dPCM 12 GENNAIO 2017

AUSILI SU MISURA - ELENCO 1

Si definisce "su misura", ai sensi del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017, qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali.

I dispositivi fabbricati in serie che devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura.

MODIFICA DENOMINAZIONE

CODICE	DENOMINAZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DENOMINAZIONE
Classe 06 "Ortesi e protesi"			
06.24 protesi di arto inferiore (LLPS)			
Aggiuntivi prescrivibili			
06.24.91.215	cuffia per protesi transtibiale, anche di scorta, realizzata su calco di gesso negativo e positivo preesistente in materiale morbido	06.24.91.215	cuffia per protesi transtibiale, anche di scorta, realizzata su calco positivo preesistente in materiale morbido
Riparazioni prescrivibili per piede			
06.24.92.266	cuffia realizzata su calco di gesso negativo e positivo preesistente o non preesistente in materiale morbido o gomma espansa	06.24.92.266	cuffia realizzata su calco di gesso negativo e positivo in materiale morbido
06.24.92.290	sostituzione perno distale del sistema di sospensione (M)	06.24.92.290	sostituzione perno distale di ancoraggio del sistema di sospensione (M)

ALLEGATO C - AGGIORNAMENTO DELL' ALLEGATO 5 "AUSILI SU MISURA E AUSILI DI SERIE (ELENCHI 1, 2A e 2B)" dPCM 12 GENNAIO 2017

AUSILI SU MISURA - ELENCO 1

Si definisce "su misura", ai sensi del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017, qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali.

I dispositivi fabbricati in serie che devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura.

MODIFICA DESCRIZIONE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 06 "Ortesi e protesi"			
06.18 protesi di arto superiore (ULPS)			
06.18	protesi di arto superiore (ULPS)	06.18	protesi di arto superiore (ULPS)
	<p><i>[...] PROTESI FUNZIONALE AD ENERGIA ESTERNA (ELETTRICA) O AD ENERGIA MISTA è costituita da : mano elettrica o manipolatore elettrico; polso: fisso, a rotazione passiva, a rotazione attiva, a rotazione elettrica, con rotazione sferica passiva con bloccaggio, polso con attacco mano polso intercambiabile (mano elettrica - manipolatore); gomito: con articolazione funzionale, con bloccaggio, con articolazione funzionale con bloccaggio ed intra-extra rotazione; spalla con articolazione a frizione; invasatura secondo il livello di amputazione o malformazione congenita, costruita su modello di gesso negativo e positivo, ad aderenza totale con presa oleocranica, con o senza rivestimento interno di silicone; componenti elettronici: comandi mioelettrici, batterie (accumulatori); carica batterie; guanto di rivestimento con o senza ancoraggio: bretellaggio con relativi attacchi, bretellaggio completo di fili di trazione e relativi attacchi per il comando dei movimenti. Il tempo minimo di rinnovo (art. 18, comma 10) è fissato in 48 mesi per le protesi endo- ed eso-scheletriche e in 36 mesi per le protesi cinematiche e mioelettriche.</i></p>		<p><i>[...] PROTESI FUNZIONALE AD ENERGIA ESTERNA (ELETTRICA) O AD ENERGIA MISTA è costituita da : mano elettrica o manipolatore elettrico; polso: fisso, a rotazione passiva, a rotazione attiva, a rotazione elettrica, con rotazione sferica passiva con bloccaggio, polso con attacco mano polso intercambiabile (mano elettrica - manipolatore); gomito: con articolazione funzionale, con bloccaggio, con articolazione funzionale con bloccaggio ed intra-extra rotazione; spalla con articolazione a frizione; invasatura secondo il livello di amputazione o malformazione congenita, costruita su modello di gesso negativo e positivo, ad aderenza totale con presa oleocranica, con o senza rivestimento interno di silicone; componenti elettronici: comandi mioelettrici, batterie (accumulatori); carica batterie; guanto di rivestimento con o senza ancoraggio: bretellaggio con relativi attacchi, bretellaggio completo di fili di trazione e relativi attacchi per il comando dei movimenti. Il tempo minimo di rinnovo (art. 18, comma 10) è fissato in 48 mesi.</i></p>

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
06.24.15.027 06.24.15.030 06.24.15.033	<p>protesi transfemorale endoscheletrica con invasatura temporanea: con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in lega leggera, piede con articolazione monoasse in lega leggera, piede articolato con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in titanio, piede con articolazione monoasse in titanio, piede articolato con ginocchio pluriassiale in titanio, piede rigido</p>	06.24.15.027 06.24.15.030 06.24.15.033	<p>protesi transfemorale endoscheletrica con invasatura temporanea: con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in lega leggera, piede con articolazione monoasse in lega leggera, piede articolato con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in titanio, piede con articolazione monoasse in titanio, piede articolato con ginocchio pluriassiale in titanio, piede rigido</p>
	<p>dispositivo realizzato per il periodo di tempo immediatamente successivo all'amputazione dell'assistito in attesa della stabilizzazione clinica e morfologica. Costituita da: una invasatura a cosciale adattabile o a geometria variabile, con o senza allacciature applicata sulla stessa struttura tubolare usata nel tipo definitivo, ginocchio, estetizzazione standard, calza di rivestimento, piede. La protesi consente all'assistito di ridurre l'edema post-operatorio, conformare il moncone in funzione dell'invasatura definitiva, prevenira la ritrazione in flessione del moncone e recuperare in tempi brevi la deambulazione. E' sempre prevista una estetizzazione standard e la calza di rivestimento. NOTA BENE: successivamente alla fornitura della prima protesi definitiva, la protesi temporanea sarà trasformata in protesi di scorta con la sostituzione dell'invasatura, l'aggiunta della estetizzazione in espanso elastico su misura e della calza</p>		<p>dispositivo realizzato per il periodo di tempo immediatamente successivo all'amputazione, in attesa della stabilizzazione clinica e morfologica dell'assistito. La protesi consente di ridurre l'edema post-operatorio, conformare il moncone in funzione dell'invasatura definitiva, prevenire la retrazione in flessione del moncone e recuperare in tempi brevi la deambulazione. Costituita da: una invasatura a cosciale adattabile o a geometria variabile, con o senza allacciature applicate sulla stessa, struttura tubolare e moduli in lega leggera da utilizzare nella protesi di scorta, ginocchio monofunzionale, estetizzazione standard, calza di rivestimento, piede protesico rigido. NOTA BENE: successivamente alla fornitura della prima protesi definitiva, la protesi temporanea sarà trasformata in protesi di scorta con la sostituzione dell'invasatura, l'aggiunta della estetizzazione in espanso elastico su misura e della calza maglia.</p>

ALLEGATO C - AGGIORNAMENTO DELL' ALLEGATO 5 "AUSILI SU MISURA E AUSILI DI SERIE (ELENCHI 1, 2A e 2B)" dPCM 12 GENNAIO 2017

AUSILI SU MISURA - ELENCO 1

Si definisce "su misura", ai sensi del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017, qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali.

I dispositivi fabbricati in serie che devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura.

MODIFICA CODICI

CODICE VIGENTE	DESCRIZIONE VIGENTE	NUOVO CODICE	DESCRIZIONE
<i>Classe 12 "Ausili per la mobilità personale"</i>			
12.27.04 sedie da trasporto/basi di mobilità manovrate dall'accompagnatore			
aggiuntivi prescrivibili			
12.27.91.021	schienale regolabile in inclinazione, per base di mobilità	12.27.91.030	schienale regolabile in inclinazione, per base di mobilità
12.27.91.024	sedile rigido, per base di mobilità	12.27.91.033	sedile rigido, per base di mobilità
12.27.91.027	cinghia pettorale imbottita	12.27.91.036	cinghia pettorale imbottita
12.27.91.030	cinghia a 45° sul bacino con fissaggio al telaio e sistema di tensionamento	12.27.91.039	cinghia a 45° sul bacino con fissaggio al telaio e sistema di tensionamento
12.27.91.033	cinghia a bretellaggio imbottita	12.27.91.042	cinghia a bretellaggio imbottita
12.27.91.036	appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza, profondità ed angolazione	12.27.91.045	appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza, profondità ed angolazione
12.27.91.039	appoggiagambe a contenimento laterale regolabile	12.27.91.048	appoggiagambe a contenimento laterale regolabile
12.27.91.051	tavolino (anche di materiale trasparente) con incavo avvolgente e bordi, regolabile in altezza e inclinazione	12.27.91.051	tavolino (anche di materiale trasparente) con incavo avvolgente e bordi, regolabile in altezza e inclinazione

ALLEGATO C - AGGIORNAMENTO DELL' ALLEGATO 5 "AUSILI SU MISURA E AUSILI DI SERIE (ELENCHI 1, 2A e 2B)" dPCM 12 GENNAIO 2017

AUSILI SU MISURA - ELENCO 1

Si definisce "su misura", ai sensi del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017, qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali.

I dispositivi fabbricati in serie che devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura.

ELIMINAZIONE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE		
<i>Classe 06 "Ortesi e protesi"</i>			
06.24.21 protesi per emipelvectomy (HDP or T-p AP)			
aggiuntivi prescrivibili			
06.24.91.230	cuffia in elastomero specifica per dolori da arto fantasma per amputazione transfemorale e transtibiale		eliminato

Indice ELENCO 2A	
<i>AUSILI DI SERIE CHE RICHIEDONO LA MESSA IN OPERA DA PARTE DEL TECNICO ABILITATO</i>	Foglio
<u>NUOVO INSERIMENTO</u>	C2A.1
<u>MODIFICA DESCRIZIONE</u>	C2A.2
<u>MODIFICA CODICI</u>	C2A.3

AUSILI DI SERIE CHE RICHIEDONO LA MESSA IN OPERA DA PARTE DEL TECNICO ABILITATO - ELENCO 2a

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

NUOVO INSERIMENTO

NUOVO CODICE	NUOVA PRESTAZIONE		
Classe 22 "Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione"			
22.06 ausili per l'udito			
dopo il codice 22.06.91.121 degli "accessori per applicazione via ossea prescrivibili", prima del sottocapitolo 22.06.21 "apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati" inserire il seguente sottocapitolo:			
	riparazioni prescrivibili		
22.06.00.503	manodopera e revisione (compresa minuteria). Per ciascun apparecchio, al prezzo dei singoli componenti, va aggiunto l'importo della manodopera complessiva computato una sola volta		
22.06.00.506	trasduttore d'ingresso: microfono omnidirezionale		
22.06.00.509	trasduttore d'ingresso: microfono direzionale		
22.06.00.512	trasduttore d'ingresso: kit ingresso audio		
22.06.00.515	trasduttore d'ingresso: bobina telefonica		
22.06.00.518	trasduttore d'uscita: ricevitore bipolare		
22.06.00.521	trasduttore d'uscita: ricevitore tripolare		
22.06.00.524	trasduttore d'uscita: vibratore bipolare		
22.06.00.527	trasduttore d'uscita: vibratore tripolare		
22.06.00.529	trasduttore d'uscita: ricevitore RIC e BTE		
22.06.00.530	involucri per retroauricolari		
22.06.00.533	involucri per occhiali, escluso il frontale		
22.06.00.539	regolatori di funzione: potenziamento di volume		
22.06.00.542	regolatori di funzione: commutatore di funzioni (O/T/M, M/MT/T, ecc.)		
22.06.00.545	regolatori di funzione: trimmer		
22.06.00.548	regolatori di funzione: bobina telefonica		
22.06.00.551	regolatori di funzione: alloggi pila e copricomandi		

AUSILI DI SERIE CHE RICHIEDONO LA MESSA IN OPERA DA PARTE DEL TECNICO ABILITATO - ELENCO 2a

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA DESCRIZIONE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 12 " Ausili per la mobilità personale "			
12.22 Carrozine			
12.22.18 Carrozine manovrabili solo dall'accompagnatore			
12.22.18.012	carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile	12.22.18.012	carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile
	<i>indicata per complesse problematiche posturali e/o in caso di instabilità del tronco che impongono una configurazione personalizzata del sistema di supporto posturale. Consente di assumere varie posizioni (seduta, distesa o altre posizioni funzionali fino al limite della statica eretta). Caratteristiche tecniche di base: a) schienale regolabile in altezza e inclinazione, appoggiatesta (o appoggia-nuca) regolabile in altezza, profondità e inclinazione, c) profondità e larghezza della seduta regolabile, d) fiancate o spondine, in genere, imbottite sul lato interno (comunque di materiale morbido) e braccioli regolabili in altezza e inclinazione, e) due ruote fisse medie (oppure grandi), con freni azionabili dall'accompagnatore, f) due ruote piroettanti, g) appoggiagambe regolabile in inclinazione con appoggiapolpacci regolabili in altezza e appoggiapiedi separati e ribaltabili.</i>		<i>indicata per complesse problematiche posturali e/o in caso di instabilità del tronco che impongono una configurazione personalizzata del sistema di supporto posturale. Consente di assumere varie posizioni (seduta, distesa o altre posizioni funzionali). Caratteristiche tecniche di base: a) schienale regolabile in altezza e inclinazione, appoggiatesta (o appoggia-nuca) regolabile in altezza, profondità e inclinazione, c) profondità e larghezza della seduta regolabile, d) fiancate o spondine, in genere, imbottite sul lato interno (comunque di materiale morbido) e braccioli regolabili in altezza e inclinazione, e) due ruote fisse medie (oppure grandi), con freni azionabili dall'accompagnatore, f) due ruote piroettanti, g) appoggiagambe regolabile in inclinazione con appoggiapolpacci regolabili in altezza, profondità e appoggiapiedi separati e ribaltabili.</i>
12.22.18.018	carrozzina dinamica per assistiti affetti da distonie (a carattere estensorio e torsionale)	12.22.18.018	carrozzina dinamica per assistiti affetti da distonie (a carattere estensorio e torsionale)
	<i>ausilio appositamente realizzato per gli assistiti affetti da disordini del movimento in ipertono estensorio, con sistemi di reazione dinamica (schienale, seduta, appoggiagambe) per assorbire con una risposta fluida i movimenti violenti, incontrollati e improvvisi; riduce l'intensità della spasticità e le pressioni da contatto dell'utente, garantisce la stabilità posturale, il miglioramento degli aspetti funzionali e la capacità fonatoria e/o respiratoria. Telaio in lega leggera ad altissima resistenza, schienale abbattibile e ammortizzante mediante molle a gas, basculamento in continuo mediante molle a gas di intensità programmabile, appoggiagambe ammortizzante in estensione dall'angolo del ginocchio, regolazione in altezza della pedana con protezione dei polpacci, routine di stabilità anti-ribaltamento, dotato di idoneo sistema di bretellaggio della persona (da selezionare in base alle esigenze e alle preferenze dell'assistito), manici di spinta regolabili in altezza e inclinazione, dotata di freni.</i>		<i>ausilio appositamente realizzato per gli assistiti affetti da disordini del movimento in ipertono estensorio, con sistemi di reazione dinamica (schienale, seduta, appoggiagambe) per assorbire con una risposta fluida i movimenti violenti, incontrollati e improvvisi; riduce l'intensità della spasticità e le pressioni da contatto dell'utente, garantisce la stabilità posturale, il miglioramento degli aspetti funzionali e la capacità fonatoria e/o respiratoria. Telaio in materiale ad altissima resistenza, schienale abbattibile e ammortizzante mediante molle a gas, basculamento in continuo mediante molle a gas di intensità programmabile, appoggiagambe ammortizzante in estensione dall'angolo del ginocchio, regolazione in altezza della pedana con protezione dei polpacci, routine di stabilità anti-ribaltamento, dotato di idoneo sistema di bretellaggio della persona (da selezionare in base alle esigenze e alle preferenze dell'assistito), manici di spinta regolabili in altezza e inclinazione, dotata di freni.</i>

AUSILI DI SERIE CHE RICHIEDONO LA MESSA IN OPERA DA PARTE DEL TECNICO ABILITATO - ELENCO 2a

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA CODICI

CODICE VIGENTE	DESCRIZIONE VIGENTE	NUOVO CODICE	DESCRIZIONE
<i>Classe 06 "Ortesi e protesi"</i>			
06.03 ortesi spinali			
06.03.09.113	Busto rigido a 3 punti per iperestensione dorsolombare (dispositivo di serie)	06.03.09.013	Busto rigido a 3 punti per iperestensione dorsolombare (dispositivo di serie)
06.06 ortesi per arto superiore			
06.06.06.003	Doccia rigida per mano con dita estese	06.06.06.018	Doccia rigida per mano con dita estese
06.06.06.006	Doccia rigida per mano con dita in flessione	06.06.06.021	Doccia rigida per mano con dita in flessione

Indice ELENCO 2B	
<i>AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO</i>	Foglio
<u>MODIFICA DENOMINAZIONE</u>	C2B.1
<u>MODIFICA DESCRIZIONE</u>	C2B.2
<u>MODIFICA CODICI</u>	C2B.3
<u>MODIFICA NOTE</u>	C2B.4
<u>ELIMINAZIONI</u>	C2B.5

AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO - ELENCO 2b

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA DENOMINAZIONE

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE	CODICE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 04 "Ausili per terapie personali"			
04.06 ausili per la terapia circolatoria			
04.06.06 calze e guaine terapeutiche antiedema (terapia complessiva)			
04.06.06.024	gambaletto corto (< 38 cm) o normale (> 38 cm)	04.06.06.024	gambaletto [corto o normale]
04.06.06.030	monocollant con mutanda corto (< 71 cm) normale (> 71 cm) lungo (> 83 cm)	04.06.06.030	monocollant con mutanda [corto, normale o lungo]
04.06.06.033	collant corto (< 71 cm) normale (> 71 cm) lungo (> 83 cm)	04.06.06.033	collant [corto, normale o lungo]
04.33 ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito)			
04.33.06 materassi e traverse antidecubito			
04.33.06.018	materasso ad aria a bassa pressione di contatto, a pressione alternata a due o più vie (con pompa di gonfiaggio)	04.33.06.018	materasso ad aria a bassa pressione di contatto, a pressione alternata a due o più vie (con compressore con regolazione della pressione)
Classe 12 "Ausili per la mobilità personale"			
12.39 ausili per l'orientamento			
12.39.03 bastone tattile (bianco)			
12.39.03	bastone tattile (bianco)	12.39.03	bastone (bianco)
12.39.03.003	bastone tattile (bianco), rigido	12.39.03.003	bastone (bianco), rigido
12.39.03.006	bastone tattile (bianco), pieghevole in metallo o telescopico	12.39.03.006	12.39.03.006 bastone (bianco), pieghevole in metallo o telescopico
Classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"			
22.27 ausili per indicazioni, segnalazioni e allarmi			
22.27.12 orologi			
22.27.12.006	sveglia tattile	22.27.12.006	sveglia tattile o parlante

AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO - ELENCO 2B

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA DESCRIZIONE

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 04 "Ausili per terapie personali"			
04.03.12	ventilatori/respiratori	04.03.12	ventilatori/respiratori
	<p><i>indicazioni per la prescrizione: assistiti in insufficienza respiratoria cronica con patologie a carattere restrittivo (ad es. fibrosi polmonari interstiziali, fibrotorace post-infettivo, resezioni chirurgiche, gravi alterazioni della gabbia toracica), assistiti con disturbi respiratori del sonno, sindrome obesità-ipoventilazione, malattie neuromuscolari con ipoventilazione notturna, pazienti con BPCO selezionati, con frequenti episodi di ospedalizzazione per insufficienza respiratoria acuta ipercapnia e/o ipoventilazione notturna, pazienti con autonomia ventilatoria compromessa (ventilatore-dipendenti). Il trattamento ventilatorio deve avere una durata di almeno 8 ore/die. Gli assistiti devono presentare stabilità clinica, certificazione di uno stato di ipoventilazione diurna (emogasanalisi arteriosa) e/o notturna (saturimetria, capnometria, polisonnografia) e documentazione che il trattamento ventilatorio corregga il quadro clinico, accertamento del training del care-giver all'uso corretto e sicuro del dispositivo, motivazione dell'assistito. La prescrizione deve essere redatta esclusivamente da un Centro specialistico individuato dalle Regioni. Il trattamento può applicarsi in modalità invasiva (cannula tracheostomica) o non invasiva (tramite maschera).</i></p>		<p><i>indicazioni per la prescrizione: assistiti in insufficienza respiratoria cronica con patologie a carattere restrittivo (ad es. fibrosi polmonari interstiziali, fibrotorace post-infettivo, resezioni chirurgiche, gravi alterazioni della gabbia toracica), assistiti con disturbi respiratori del sonno, sindrome obesità-ipoventilazione, malattie neuromuscolari con ipoventilazione notturna, pazienti con BPCO selezionati, con frequenti episodi di ospedalizzazione per insufficienza respiratoria acuta ipercapnia e/o ipoventilazione notturna, pazienti con autonomia ventilatoria compromessa (ventilatore-dipendenti). Gli assistiti devono presentare stabilità clinica, certificazione di uno stato di ipoventilazione diurna (emogasanalisi arteriosa) e/o notturna (saturimetria, capnometria, polisonnografia) e documentazione che il trattamento ventilatorio corregga il quadro clinico, accertamento del training del care-giver all'uso corretto e sicuro del dispositivo, motivazione dell'assistito. La prescrizione deve essere redatta esclusivamente da un Centro specialistico individuato dalle Regioni. Il trattamento può applicarsi in modalità invasiva (cannula tracheostomica) o non invasiva (tramite maschera).</i></p>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
04.06.06	calze e guaine terapeutiche anti-edema (terapia compressiva)	04.06.06	calze e guaine terapeutiche anti-edema (terapia compressiva)
	<p>dispositivi costituiti da filati naturali o sintetici [cotone misto a fibre sintetiche (Nylon, Spandex o Lycra)] lavorati a maglia circolare o rettilinea per esercitare un gradiente di compressione sullo specifico segmento con indicazioni d'uso in relazione al tipo di edema, della morfologia del segmento da trattare e delle caratteristiche dell'assistito (ad es., allergie/intolleranze, età, stadio clinico, compliance, uso abituale al minimo di 6 ore/die, ecc.). Prescrivibile esclusivamente agli assistiti in possesso della certificazione di patologia rara (cod. RGG020 - linfedema primario cronico - RCG040 - omocistinuria - RI0080 - linfangectasia intestinale primitiva - RN0960 - sindrome di Maffucci - RN1510 sindrome di Klippel-Trenaunay - RDG020 - limitatamente ai difetti ereditari trombofilici) e agli assistiti affetti da linfedema secondario stabilizzato da esiti di chirurgia oncologica. NOTA BENE Sono escluse dalla prescrizione le calze cosiddette da riposo che assicurano una compressione alla caviglia inferiore a 20 mmHg.</p>		<p>dispositivi costituiti da filati naturali o sintetici [cotone misto a fibre sintetiche (Nylon, Spandex o Lycra)] lavorati a maglia a trama piatta per esercitare un gradiente di compressione sullo specifico segmento con indicazioni d'uso in relazione al tipo di edema, della morfologia del segmento da trattare e delle caratteristiche dell'assistito (ad es., allergie/intolleranze, età, stadio clinico, compliance, uso abituale al minimo di 6 ore/die, ecc.). Prescrivibile esclusivamente agli assistiti in possesso della certificazione di patologia rara (cod. RGG020 - linfedema primario cronico - RCG040 - omocistinuria - RI0080 - linfangectasia intestinale primitiva - RN0960 - sindrome di Maffucci - RN1510 sindrome di Klippel-Trenaunay - RDG020 - limitatamente ai difetti ereditari trombofilici) e agli assistiti affetti da linfedema secondario stabilizzato da esiti di chirurgia oncologica. NOTA BENE Sono escluse dalla prescrizione le calze cosiddette da riposo che assicurano una compressione alla caviglia inferiore a 20 mmHg.</p>
Classe 06 "Ortesi e protesi"			
06.30 protesi non di arto			
06.30.18 protesi mammarie			
06.30.18.003	protesi mammaria esterna provvisoria	06.30.18.003	protesi mammaria esterna provvisoria
	<p>atta a ripristinare una visione anatomo-estetica del corpo dopo un intervento radicale di mastectomia, da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'operazione e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico; nella misura dalla 1 alla 8, ambidestre.</p>		<p>atta a ripristinare una visione anatomo-estetica del corpo per assistite con malformazione congenita, che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria o dopo un intervento radicale di mastectomia, da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'operazione e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico; nella misura dalla 1 alla 8, ambidestre.</p>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
06.30.18.006	protesi mammaria esterna definitiva	06.30.18.006	protesi mammaria esterna definitiva
	atta a ripristinare una visione anatomico-estetica del corpo per assistite con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria o dopo un intervento radicale di mastectomia, a profilo e volume/peso fisioanatomico (0,96) in tutto silicone a composizione medicale, a riempimento differenziato, anallergica, esteticamente naturale, con assorbimento del calore del corpo; nella misura dalla 1 alla 13 (da 55 a 115).		atta a ripristinare una visione anatomico-estetica del corpo per assistite con malformazione congenita che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017 , di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria o dopo un intervento radicale di mastectomia, a profilo e volume/peso fisioanatomico (0,96) in tutto silicone a composizione medicale, a riempimento differenziato, anallergica, esteticamente naturale, con assorbimento del calore del corpo; nella misura dalla 1 alla 13 (da 55 a 115).
06.30.18.009	protesi mammaria esterna parziale	06.30.18.009	protesi mammaria esterna parziale
	dispositivo a conformazione variabile in relazione alla forma della lesione chirurgica (anche definiti " segmenti compensativi"), per assistite che hanno subito interventi di quadrantectomia (la scelta della forma e delle dimensioni deve essere esplicitamente indicata nella prescrizione prima di procedere all'acquisto).		dispositivo a conformazione variabile in relazione alla forma della lesione chirurgica (anche definiti " segmenti compensativi"), per assistite che hanno subito interventi di quadrantectomia o in caso di malformazione congenita di una o entrambe le mammelle conseguente a MR (la scelta della forma e delle dimensioni deve essere esplicitamente indicata nella prescrizione prima di procedere all'acquisto).
Classe 09 " Ausili per la cura e la protezione personale"			
09.12 ausili per evacuazione			
09.12	ausili per evacuazione	09.12	ausili per evacuazione
	<i>ausili che facilitano l'espletamento delle funzioni fisiologiche in modo autonomo o assistito; comprendono sedili copriwater preformati (che sostituiscono il normale sedile wc al fine di garantire un posizionamento stabile e sicuro della persona), sgabelli wc (con sostegno autonomo ad altezza regolabile, dotati di braccioli e posizionabili sopra la tazza wc), rialzi e sedie a comoda. I rialzi wc possono essere di varie misure, in relazione alle dimensioni corporee e alle modalità di trasferimento dell'assistito e devono essere chiaramente indicate nella prescrizione; vanno fissati alla tazza wc con apposite staffe di bloccaggio o semplicemente appoggiati se costituiti da materiale anti-scivolo. Le sedie a comoda possono essere dotate di ruote o meno, a seconda delle esigenze indicate nella prescrizione: queste sono definite grandi se con diametro > 500 mm, piccole se con diametro < 200 mm (in ogni caso > 100 mm), piroettanti se l'asse è libero di ruotare sul piano orizzontale.</i>		<i>ausili che facilitano l'espletamento delle funzioni fisiologiche in modo autonomo o assistito; comprendono sedili copriwater preformati (che sostituiscono il normale sedile wc al fine di garantire un posizionamento stabile e sicuro della persona), sgabelli wc (con sostegno autonomo ad altezza regolabile, dotati di braccioli e posizionabili sopra la tazza wc), rialzi e sedie a comoda. I rialzi wc possono essere di varie misure, in relazione alle dimensioni corporee e alle modalità di trasferimento dell'assistito e devono essere chiaramente indicate nella prescrizione; vanno fissati alla tazza wc con apposite staffe di bloccaggio o semplicemente appoggiati se costituiti da materiale anti-scivolo. Le sedie a comoda possono essere dotate di ruote o meno, a seconda delle esigenze indicate nella prescrizione: queste sono definite grandi se con diametro > 500 mm, piccole se con diametro < 200 mm (in ogni caso, maggiore o uguale a 100 mm), piroettanti se l'asse è libero di ruotare sul piano orizzontale.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
09.12.03 sedie a comoda (con o senza rotelle)			
09.12.03.006	sedia a comoda con ruote per doccia/water manovrabile dall'accompagnatore	09.12.03.006	sedia a comoda con ruote per doccia/water manovrabile dall'accompagnatore
	<i>telaio in alluminio verniciato o in acciaio plastificato, schienale e sedile di norma rigidi e/o imbottiti idrorepellenti (se richiesto, regolazione dell'inclinazione per lo schienale e l'appoggiagambe), quattro ruote piccole piroettanti di cui almeno due con freni, dispositivo wc, appoggiapiedi regolabile in altezza ed estraibile, braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili, posizionabile sul wc.</i>		<i>telaio in alluminio verniciato o in acciaio, schienale e sedile di norma rigidi e/o imbottiti idrorepellenti (se richiesto, regolazione dell'inclinazione per lo schienale e l'appoggiagambe), quattro ruote piccole piroettanti di cui almeno due con freni, dispositivo wc, appoggiapiedi regolabile in altezza ed estraibile, braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili, posizionabile sul wc.</i>
09.12.15 rialzi rimovibili per wc			
09.12.15.003	rialzo rimovibile morbido per wc ad altezza fissa	09.12.15.003	rialzo rimovibile morbido per wc ad altezza fissa
	<i>dispositivo realizzato in materiale morbido, applicabile alla maggior parte dei wc; può essere dotato di fissaggi laterali (staffe di plastica regolabili in larghezza) o autobloccante per effetto dell'attrito esercitato sul bordo del wc dalla parte inferiore sagomata; lavabile e disinfettabile.</i>		<i>dispositivo realizzato in materiale morbido, applicabile alla maggior parte dei wc; può essere dotato di fissaggi laterali (staffe regolabili in larghezza) o autobloccante per effetto dell'attrito esercitato sul bordo del wc dalla parte inferiore sagomata; lavabile e disinfettabile; fornibile in tre altezze differenti (da 40 a 60 mm - da 80 a 110 mm - da 130 a 150 mm) da indicare nella prescrizione; in alcuni modelli è prevista la possibilità di una leggera inclinazione in avanti per facilitare la seduta e l'alzata; è fortemente suggerita la prescrizione combinata dei braccioli di sostegno (fissi, abbassabili o estraibili) per la sicurezza ed un maggior comfort della persona.</i>
Classe 12 "Ausili per la mobilità personale"			
12.03 ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio			
12.03.06 stampelle canadesi			
12.03.06.003	antibrachiale, con puntale di appoggio regolabile inferiormente	12.03.06.003	antibrachiale, con puntale di appoggio regolabile inferiormente
	<i>in alluminio, appoggio antibrachiale monoblocco in materiale plastico (infrangibile), puntali ad alto attrito in gomma; alcuni modelli dispongono di un disco catarifrangente posto anteriormente all'impugnatura.</i>		<i>in alluminio, appoggio antibrachiale monoblocco in materiale plastico, puntali ad alto attrito in gomma; alcuni modelli dispongono di un disco catarifrangente posto anteriormente all'impugnatura.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
12.06 ausili per la deambulazione utilizzati con entrambe le braccia			
12.06.09 deambulatori a sedili			
12.06.09.003	deambulatore a sedile con quattro ruote piroettanti	12.06.09.003	deambulatore a sedile con quattro ruote
	<i>telaio pieghevole con quattro ruote frizionate di diametro 200 mm o superiore, coppia di freni a cavo azionabili durante la deambulazione con leve (in genere, chiuse) ad impugnatura anatomica (comunque, morbida), freno di stazionamento per la sosta e prima della seduta, dotato di piano morbido d'appoggio con funzione di sedile per riposo (preferenzialmente dotato di sostegno dorsale), cestino o borsa porta-oggetti amovibile, gancio porta-borse ed eventualmente porta-bastone.</i>		<i>telaio pieghevole con quattro ruote, di diametro circa 200 mm o superiore, coppia di freni a cavo azionabili durante la deambulazione con leve (in genere, chiuse) ad impugnatura anatomica (comunque, morbida), freno di stazionamento per la sosta e prima della seduta, dotato di piano morbido d'appoggio con funzione di sedile per riposo (preferenzialmente dotato di sostegno dorsale), cestino o borsa porta-oggetti amovibile, gancio porta-borse ed eventualmente porta-bastone.</i>
12.06.12 girello deambulatore			
12.06.12.003	girello per deambulazione eretta con appoggi antibrachiali e quattro ruote	12.06.12.003	girello per deambulazione eretta con appoggi antibrachiali e quattro ruote
	<i>indicato per sostenere persone con ridotte capacità di movimento e deambulazione; telaio in acciaio (o analogo materiale per consistenza e rigidità), 4 ruote piroettanti (in genere, da 6 a 10 cm) di cui due con freni, ampio piano imbottito con supporto regolabile in altezza e con incavo per appoggio antibrachiale, due maniglie regolabili in inclinazione e larghezza.</i>		<i>indicato per sostenere persone con ridotte capacità di movimento e deambulazione; telaio in acciaio (o analogo materiale per consistenza e rigidità), 4 ruote (in genere, da 6 a 10 cm) di cui due con freni azionabili manualmente, ampio piano imbottito con supporto regolabile in altezza e con incavo per appoggio antibrachiale, due maniglie regolabili in inclinazione e larghezza.</i>
12.06.12.006	girello per deambulazione con appoggi sotto-ascellari	12.06.12.006	girello per deambulazione con appoggi sotto-ascellari
	<i>telaio pieghevole in acciaio (o analogo materiale per consistenza e rigidità), con quattro ruote piroettanti (in genere, da 6 a 10 cm), le posteriori dotate di freno di stazionamento (in genere, a pedale), ascellari di appoggio girevoli e regolabili in altezza; nelle persone anziane, l'uso prolungato delle ascelle come punto di leva potrebbe favorire compressioni nervose o vascolari alla radice del braccio.</i>		<i>telaio in acciaio, di preferenza pieghevole (per riporlo agevolmente quando non in uso), dotato di quattro ruote di diametro da 6 a 10 cm circa (due piroettanti e due direzionali con freno azionabile manualmente) ascellari di appoggio girevoli e regolabili in altezza; gli appoggi devono essere imbottiti e morbidi (per evitare compressioni nervose o vascolari alla radice del braccio, specie nelle persone anziane), di materiale lavabile e i supporti devono essere regolabili almeno in altezza.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
12.23 carrozzine a motore elettrico			
12.24.09 unità di propulsione			
12.24.09.006	sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)	12.23.09.006	sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali
	<p><i>dispositivo costituito da una coppia di ruote, batterie, carica-batteria, sistema di montaggio (a cura del fornitore e incluso nel costo di acquisto), utilizzato per implementare la spinta (che viene "registrata" dal dispositivo) esercitata dall'assistito sul corrimano della carrozzina in dotazione: il sistema di controllo provvede ad erogare potenza ai motori in modo da assecondare la spinta al livello desiderato dall'utente, riducendone lo sforzo muscolare. La regolazione della velocità e della direzione di marcia resta dell'utente che agisce sul corrimano di spinta come per la normale carrozzina manuale. L'uso è indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il dispositivo in tutte le condizioni d'utilizzo. L'istruzione all'uso è parte integrante della dotazione ed è effettuata, senza costi aggiuntivi, dal fornitore. E' obbligatorio l'acquisto del sistema anti-ribaltamento e la fornitura del manuale d'uso in lingua italiana.</i></p>		<p><i>dispositivo costituito dalle batterie di alimentazione (con apposita custodia), dal caricabatteria, dai comandi di attivazione e funzionamento, da una coppia di ruote con corona dentata (o cremagliera) o con i motori integrati nei mozzi che sostituiranno le ruote della carrozzina in dotazione e dal sistema di montaggio (a cura del fornitore ed incluso nel costo di acquisto); la fornitura deve comprendere le routine anti-ribaltamento, il manuale d'uso in lingua italiana, l'istruzione all'uso a domicilio (senza costi aggiuntivi e con il rilascio di un apposito certificato). Il dispositivo incrementa la spinta (che viene "registrata" dal dispositivo) esercitata dall'utente sul corrimano della ruota e il sistema di controllo provvede a d erogare potenza ai motori in modo da assecondare la spinta al livello desiderato riducendone lo sforzo muscolare; la regolazione della velocità e della direzione di marcia resta all'utente che agisce sul corrimano. L'uso è indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il dispositivo in tutte le condizioni di utilizzo.</i></p>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
12.24.09.009	moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)	12.23.09.009	moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)
	<i>dispositivo che converte la quasi totalità delle carrozzine manuali in commercio in una versione motorizzata, estendendo il range of motion degli assistiti: la tecnologia può essere costituita da una coppia di ruote a cremagliera, da un corpo propulsivo separato e dalla batteria o da una coppia di ruote con i motori integrati nei mozzi e dalla batteria; entrambe le soluzioni dispongono del blocco per i comandi (utilizzabile, a richiesta, anche dall'accompagnatore). La fornitura comprende il carica-batterie, le routine anti-ribaltamento, il manuale d'uso in lingua italiana, l'istruzione all'uso a domicilio (senza costi aggiuntivi e con rilascio del relativo certificato). La prescrizione deve indicare, se necessari, la modifica ai comandi di guida per le esigenze degli assistiti prima di procedere all'acquisto.</i>		<i>dispositivo che converte quasi tutte le carrozzine manuali in commercio in una versione a trazione elettrica, inseribile in base alle necessità dell'assistito o del suo assistente, garantita da una unità di propulsione alimentata da batterie (che fanno parte dell'acquisto insieme con la borsa che le contiene): questa può essere alloggiata alle spalle dello schienale della carrozzina in dotazione (o in basso) con comando per l'assistente o può disporre di una trazione a terra con ruote oppure da un corpo motore con trazione a terra che si applica all'asse di campanatura tramite un apposito kit di installazione: l'indicazione è agevolare la spinta dell'accompagnatore o incrementare l'andatura dell'utente in auto-spinta pur riducendo il numero di spinte necessarie. L'istruzione all'uso è parte integrante della dotazione ed è effettuata, senza costi aggiuntivi, dal fornitore insieme con il manuale d'uso redatto in italiano. L'uso è indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il dispositivo in tutte le condizioni di utilizzo.</i>
12.36 ausili per il sollevamento			
12.36.03 ausili per il sollevamento ad imbracatura			
12.36.03.006	sollevatore mobile ad imbracatura, elettrico, con imbracatura standard	12.36.03.006	sollevatore mobile ad imbracatura, elettrico, con imbracatura standard
	<i>caratteristiche: base regolabile in larghezza tramite leva manuale, sollevamento realizzato mediante sistema motorizzato a bassa tensione alimentato da batteria ricaricabile, aggancio per l'imbracatura inclusa nella fornitura, dotato di batteria e di caricabatteria.</i>		<i>caratteristiche: base regolabile in larghezza tramite leva manuale o pedaliera, sollevamento realizzato mediante sistema motorizzato a bassa tensione alimentato da batteria ricaricabile, aggancio per l'imbracatura inclusa nella fornitura, dotato di batteria e di caricabatteria.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 18 "Mobilia ed adattamenti per la casa"			
18.12 letti			
18.12	letti	18.12	letti
	<i>letti - ed accessori correlati - con caratteristiche tali da facilitare sia l'autonomia dell'assistito che l'impegno dell'assistente nella cura e nei cambiamenti di posizione quando la persona debba rimanere per lunghi periodi in posizione distesa. Costituiti da una struttura di supporto adeguata al carico da sostenere munita di due testiere e predisposta per l'applicazione di sponde di contenimento; la rete è collegata ad un telaio articolato che permette la movimentazione (manuale o motorizzata) del tronco e delle gambe; la base di supporto su cui è installato l'eventuale dispositivo oleodinamico od elettrico per la movimentazione del telaio può essere dotata o meno di ruote. [...]</i>		<i>letti - ed accessori correlati - con caratteristiche tali da facilitare sia l'autonomia dell'assistito che l'impegno dell'assistente nella cura e nei cambiamenti di posizione quando la persona debba rimanere per lunghi periodi in posizione distesa. Costituiti da una struttura di supporto adeguata al carico da sostenere munita di testiera e pediera e predisposta per l'applicazione di sponde di contenimento; la rete è composta da un telaio articolato che permette la movimentazione (manuale o motorizzata) del tronco e delle gambe; la base di supporto del letto su cui è installato il dispositivo oleodinamico o elettrico per la movimentazione può essere dotata o meno di ruote. [...]</i>
18.12.10 letti e reti smontabili a regolazione motorizzata			
18.12.10.003	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, ad altezza fissa, dotato di ruote	18.12.10.003	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, ad altezza fissa, dotato di ruote
	<i>comandabile tramite pulsantiera utilizzabile dall'assistito stesso o dall'assistente</i>		<i>comandabile tramite pulsantiera utilizzabile dall'assistito stesso o dall'assistente; le ruote devono avere diametro minimo 100 mm, essere piroettanti e dotate sia di freno di stazionamento che di blocco direzionale.</i>
18.12.10.006	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, con regolazione meccanica dell'altezza, dotato di ruote	18.12.10.006	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, con regolazione meccanica dell'altezza, dotato di ruote
	<i>comandabile tramite pompa oleodinamica a pedale da parte dell'assistente</i>		<i>comandabile tramite pompa oleodinamica a pedale da parte dell'assistente; le ruote devono avere diametro minimo 100 mm, essere piroettanti e dotate sia di freno di stazionamento che di blocco direzionale.</i>
18.12.10.009	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, con regolazione elettrica dell'altezza, dotato di ruote	18.12.10.009	letto articolato a tre snodi a regolazione elettrica, con regolazione elettrica dell'altezza, dotato di ruote
	<i>comandabile tramite pulsantiera utilizzabile dall'assistito stesso o dall'assistente</i>		<i>comandabile tramite pulsantiera utilizzabile dall'assistito stesso o dall'assistente; le ruote devono avere diametro minimo 100 mm, essere piroettanti e dotate sia di freno di stazionamento che di blocco direzionale.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
18.30 ausili per il superamento di barriere verticali			
18.30	ausili per il superamento di barriere verticali	18.30	ausili per il superamento di barriere verticali
	<p>dispositivi atti a facilitare l'accompagnatore nel trasporto della persona in carrozzina o a rendere autonoma la persona nel superamento di rampe di scale. Il superamento del dislivello con impianti fissi a corsa obliqua parallela al percorso delle scale (montascale fissi, detti anche servoscale), con ausili mobili atti a facilitare l'accompagnatore nel trasporto dell'utente (montascale mobili) oppure con rampe portatili per piccoli dislivelli limitati ad alcuni gradini.</p> <p>Indicazioni: assistiti non deambulanti o persone con gravi problemi di mobilità, conseguenti a patologie invalidanti, tali da rendere impossibile la salita o la discesa di scalinate interne all'abitazione dell'assistito anche con l'aiuto del care-giver.</p> <p>NOTA BENE: i carrelli servoscala a piattaforma sono prescrivibili esclusivamente per il superamento di scale interne al domicilio abituale dell'utente a condizione che non siano superabili mediante l'installazione di una rampa o altre agevolazioni predisposte nel rispetto delle vigenti normative in tema di accessibilità. Una visita domiciliare dovrà, in via preventiva, verificare la sussistenza di queste condizioni e la compatibilità dell'ausilio che si intende prescrivere con gli spazi disponibili e, nel caso di ausili manovrati da assistenti, che questi ultimi siano in grado di utilizzarli con perizia e sicurezza. La fornitura dell'ausilio dovrà comprendere l'assemblaggio dei componenti, il collaudo tecnico a domicilio, il rilascio del manuale d'uso in lingua italiana e un'adeguata istruzione tale da assicurare che l'utente e gli eventuali suoi assistenti siano in grado di metterlo in funzione, utilizzarlo con perizia e sicurezza e curarne la manutenzione ordinaria.</p>		<p>dispositivi atti a facilitare l'accompagnatore nel trasporto della persona in carrozzina o a rendere autonoma la persona nel superamento di rampe di scale. Il superamento del dislivello può avvenire con impianti fissi a corsa obliqua parallela al percorso delle scale (montascale fissi, detti anche servoscale), con ausili mobili atti a facilitare l'accompagnatore nel trasporto dell'utente (montascale mobili) oppure con rampe portatili per piccoli dislivelli limitati ad alcuni gradini.</p> <p>indicazioni: assistiti non deambulanti o persone con gravi problemi di mobilità, conseguenti a patologie invalidanti, tali da rendere impossibile la salita o la discesa di scale anche con l'aiuto del care-giver.</p> <p>NOTA BENE: i carrelli servoscala a piattaforma sono prescrivibili esclusivamente per il superamento di scale interne all'abitazione abituale dell'utente a condizione che non siano superabili mediante l'installazione di una rampa o altre agevolazioni predisposte nel rispetto delle vigenti normative in tema di accessibilità. Una visita domiciliare dovrà, in via preventiva, verificare la sussistenza di queste condizioni e la compatibilità dell'ausilio che si intende prescrivere con gli spazi disponibili e, nel caso di ausili manovrati da assistenti, che questi ultimi siano in grado di utilizzarli con perizia e sicurezza. La fornitura dell'ausilio dovrà comprendere l'assemblaggio dei componenti, il collaudo tecnico a domicilio, il rilascio del manuale d'uso in lingua italiana e un'adeguata istruzione tale da assicurare che l'utente e gli eventuali suoi assistenti siano in grado di metterlo in funzione, utilizzarlo con perizia e sicurezza e curarne la manutenzione ordinaria.</p>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
18.30 ausili per il superamento di barriere verticali			
18.30.08 dispositivi elevatori portatili			
18.30.08	dispositivi elevatori portatili	18.30.08	dispositivi elevatori portatili
	<i>Indicazioni: assistiti non deambulanti, esclusivamente per il superamento di scale interne o di accesso al domicilio abituale dell'assistito a condizione che: a) l'edificio sia sprovvisto di ascensore idoneo; b) l'ascensore installato non possa essere adattato alle specifiche esigenze dell'assistito in carrozzina, c) le scale non siano superabili mediante l'installazione di una rampa con caratteristiche rispondenti alle vigenti normative in tema di accessibilità. Una visita domiciliare dovrà verificare la sussistenza di queste condizioni, la compatibilità dell'ausilio che si intende prescrivere con gli spazi disponibili e che l'assistente indicato sia in grado di utilizzarlo con perizia e sicurezza.</i>		<i>Indicazioni: assistiti non deambulanti, esclusivamente per il superamento di scale interne all'abitazione o di scale di accesso esterne all'abitazione dell'assistito a condizione che: a) l'edificio sia sprovvisto di ascensore idoneo; b) l'ascensore installato non possa essere adattato alle specifiche esigenze dell'assistito in carrozzina, c) le scale non siano superabili mediante l'installazione di una rampa con caratteristiche rispondenti alle vigenti normative in tema di accessibilità. Una visita domiciliare dovrà verificare la sussistenza di queste condizioni, la compatibilità dell'ausilio che si intende prescrivere con gli spazi disponibili e che l'assistente indicato sia in grado di utilizzarlo con perizia e sicurezza.</i>
18.30.08.003	montascale mobile a ruote, a sedile	18.30.08.003	montascale mobile a ruote, a sedile
	<i>struttura con poltroncina incorporata all'intelaiatura, braccioli, poggiatesta e cintura di sicurezza, base di mobilità con ruote ad alto attrito munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza fino a 24 cm, dispositivo di inserimento automatico del freno a motore, dispositivo elettrico di segnalazione o di blocco nel caso l'inclinazione del montascale superi i limiti di sicurezza per l'utente, motore a bassa tensione, batteria e carica batterie, indicatore di carica, autonomia di salita e di discesa a moto continuo non inferiore a 10 piani, comandi di salita e discesa a uomo presente, stop di emergenza, portata minima 120 Kg.</i>		<i>struttura con poltroncina incorporata all'intelaiatura, braccioli, poggiatesta e cintura di sicurezza, base di mobilità con ruote ad alto attrito munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza di almeno 20 cm, dispositivo di inserimento automatico del freno a motore, dispositivo elettrico di segnalazione o di blocco nel caso l'inclinazione del montascale superi i limiti di sicurezza per l'utente, motore a bassa tensione, batteria e carica batterie, indicatore di carica, autonomia di salita e di discesa a moto continuo non inferiore a 10 piani, comandi di salita e discesa a uomo presente, stop di emergenza, portata minima 120 Kg.</i>
18.30.08.006	montascale mobile a ruote, per carrozzina	18.30.08.006	montascale mobile a ruote, per carrozzina
	<i>struttura con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina, poggiatesta e cintura di sicurezza, base di mobilità con ruote ad alto attrito munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza fino a 24 cm, dispositivo di inserimento automatico del freno a motore, dispositivo elettrico di segnalazione o di blocco nel caso in cui l'inclinazione del montascale superi i limiti di sicurezza per l'utente, motore a bassa tensione, batteria e carica batterie, indicatore di carica, autonomia di salita e discesa a moto continuo non inferiore a 10 piani, comandi di salita e discesa a uomo presente, stop di emergenza, portata minima 130 Kg.</i>		<i>struttura con staffe di appoggio e bloccaggio della carrozzina, poggiatesta e cintura di sicurezza, base di mobilità con ruote ad alto attrito munite di dispositivo atto a consentire la salita e la discesa di gradini di altezza di almeno di 20 cm, dispositivo di inserimento automatico del freno a motore, dispositivo elettrico di segnalazione o di blocco nel caso in cui l'inclinazione del montascale superi i limiti di sicurezza per l'utente, motore a bassa tensione, batteria e carica batterie, indicatore di carica, autonomia di salita e discesa a moto continuo non inferiore a 10 piani, comandi di salita e discesa a uomo presente, stop di emergenza, portata minima 130 Kg.</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"			
22.03 ausili per la vista			
22.03.18	sistemi televisivi per l'ingrandimento di immagini	22.03.18	sistemi televisivi per l'ingrandimento di immagini
	<p>dispositivi elettronici per l'ingrandimento e la correzione indicazioni: assistiti con gravi limitazioni della funzione visiva; in particolare, soggetti ciechi parziali e soggetti ipovedenti gravi (rispettivamente art. 3 e art. 4 della legge 3 aprile 2001, n. 138). In casi limitati, possono essere indicati per assistiti minori con disturbi specifici di apprendimento (DSA) certificati ai sensi della legge n. 170/2010. NOTA - Prescrivibili in alternativa ai sistemi telescopici (galileiano o kepleriano) codici da 22.03.12.103 a .127 norma di riferimento: legge n. 138 del 3/4/2001 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici" Art. 3: Definizione di ciechi parziali. 1. Si definiscono ciechi parziali: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10%. Art. 4: Definizione di ipovedenti gravi. 1. Si definiscono ipovedenti gravi: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30%.</p>		<p>dispositivi elettronici per l'ingrandimento e la correzione indicazioni: assistiti con gravi limitazioni della funzione visiva; in particolare, soggetti ciechi parziali e soggetti ipovedenti gravi (rispettivamente art. 3 e art. 4 della legge 3 aprile 2001, n. 138). NOTA - Prescrivibili in alternativa ai sistemi telescopici (galileiano o kepleriano) codici da 22.03.12.103 a .127 norma di riferimento: legge n. 138 del 3/4/2001 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici" Art. 3: Definizione di ciechi parziali. 1. Si definiscono ciechi parziali: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10%. Art. 4: Definizione di ipovedenti gravi. 1. Si definiscono ipovedenti gravi: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30%.</p>
22.30 ausili per la lettura			
22.30.21 macchine per il riconoscimento dei caratteri			
22.30.21.003	software OCR	22.30.21.003	software OCR
	<p>software con funzioni di OCR per riconoscimento e lettura testi a stampa a mezzo scanner (non incluso nella fornitura). Il dispositivo può richiedere la prescrizione combinata di una unità di visualizzazione tipo display Braille o, in alternativa, di un dispositivo per la sintesi vocale. Sono esclusi tutti i software da ufficio di uso corrente e diffusamente commercializzati con funzioni analoghe.</p>		<p>software con funzioni di OCR (Optical Character Recognition) per riconoscimento e lettura testi a stampa a mezzo scanner (non incluso nella fornitura). Il dispositivo può richiedere la prescrizione combinata di una unità di visualizzazione tipo display Braille o, in alternativa, di un dispositivo per la sintesi vocale. In questi casi è necessario garantirne la compatibilità.</p>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
22.36 dispositivi di ingresso per computer			
22.36.21 ausili per posizionare il puntatore e selezionare elementi sullo schermo			
22.36.21.003	emulatore di mouse tipo trackball	22.36.21.003	emulatore di mouse tipo trackball
	<i>dispositivo hardware che consente il pieno controllo del dispositivo informatico analogamente a quanto consentirebbe il mouse in dotazione impegnando, direttamente o attraverso appositi sensori, anche abilità motorie diverse dall'uso delle mani. L'emulatore di mouse deve essere in possesso di almeno due di queste funzionalità speciali: ingresso per sensori che replicano le funzioni di click sinistro e destro, regolazione della velocità del puntatore del mouse, tasto con il blocco della funzione di trascinamento, blocco degli assi di direzione, tasto di doppio click, sfera di dimensioni molto superiori o inferiori a quelle standard. NOTA BENE: l'ausilio è prescrivibile esclusivamente in alternativa all'emulatore di mouse tipo JOYSTICK (cod. 22.36.21.006).</i>		<i>dispositivo hardware tipo trackball che consente il pieno controllo del dispositivo informatico analogamente a quanto consentirebbe il mouse in dotazione impegnando, direttamente o attraverso appositi sensori, abilità motorie diverse dall'uso delle mani. L'emulatore di mouse deve essere in possesso di almeno due di queste funzionalità speciali: ingresso per sensori che replicano le funzioni di click sinistro e destro, regolazione della velocità del puntatore del mouse, tasto con il blocco della funzione di trascinamento, blocco degli assi di direzione, tasto di doppio click, sfera di dimensioni superiori o inferiori a quelle standard. NOTA BENE l'ausilio è prescrivibile in alternativa all'emulatore di mouse tipo JOYSTICK (cod. 22.36.21.006).</i>
22.36.21.006	emulatore di mouse tipo joystick	22.36.21.006	emulatore di mouse tipo joystick
	<i>dispositivo hardware che consente il pieno controllo del dispositivo informatico analogamente a quanto consentirebbe il mouse in dotazione impegnando, direttamente o attraverso appositi sensori, anche abilità motorie diverse dall'uso delle mani. L'emulatore di mouse deve essere in possesso di almeno due di queste funzionalità speciali: ingresso per sensori che replicano le funzioni di click sinistro e destro, regolazione della velocità del puntatore del mouse, tasto con il blocco della funzione di trascinamento, blocco degli assi di direzione, tasto di doppio click. NOTA BENE: l'ausilio è prescrivibile esclusivamente in alternativa all'emulatore di mouse tipo TRACKBALL (cod. 22.36.21.003).</i>		<i>dispositivo hardware tipo joystick che consente il pieno controllo del dispositivo informatico analogamente a quanto consentirebbe il mouse in dotazione impegnando, direttamente o attraverso appositi sensori, anche abilità motorie diverse dall'uso delle mani. L'emulatore di mouse deve essere in possesso di almeno due di queste funzionalità speciali: ingresso per sensori che replicano le funzioni di click sinistro e destro, regolazione della velocità del puntatore del mouse, tasto con il blocco della funzione di trascinamento, blocco degli assi di direzione, tasto di doppio click. NOTA BENE: l'ausilio è prescrivibile in alternativa all'emulatore di mouse tipo TRACKBALL (cod. 22.36.21.003).</i>

SOTTOCLASSE	DESCRIZIONE VIGENTE	SOTTOCLASSE	NUOVA DESCRIZIONE
Classe 24 "Ausili per manovrare oggetti o dispositivi"			
24.09 ausili per gestire e controllare dispositivi			
24.24.03 sistemi di posizionamento fissi			
24.24.03.003	braccio di sostegno snodabile per sensori di comando	24.24.03.003	braccio di sostegno con morsetto di fissaggio
	<i>braccio snodabile o flessibile per il posizionamento di sensori di comando o dei dispositivi per la comunicazione o per il controllo ambientale nelle posizioni più idonee all'assistito, dotato di morsetto di fissaggio ad una struttura stabile (es. carrozzina, letto, tavolo) e di relativa piastra di posizionamento; deve presentare caratteristiche di robustezza e di solidità rapportate al peso del sensore da sostenere e alla forza di azionamento necessaria impressa dalla persona.</i>		<i>braccio regolabile (snodabile o flessibile) per il posizionamento di sistemi informatici, sensori di comando, dispositivi per la comunicazione o il controllo ambientale, dotato di morsetto di fissaggio per carrozzina, letto, tavolo, etc.; deve presentare caratteristiche di robustezza e solidità in relazione al peso dei dispositivi ed alla forza di azionamento necessaria.</i>
24.13 sistemi di controllo a distanza			
24.13.03.015	satellite di controllo d'ambiente ad onde convogliate	24.13.03.015	satellite di controllo d'ambiente ad onde convogliate
	<i>dispositivo per il comando a distanza di un'utenza elettrica in grado di dare e togliere la tensione di alimentazione a quest'ultima a seguito di un segnale di controllo ad alta frequenza emesso da un sistema domotico e ricevuto attraverso la rete elettrica dell'abitazione.</i>		<i>dispositivo per il comando a distanza di un'utenza elettrica in grado di dare e togliere la tensione di alimentazione a quest'ultima a seguito di un segnale di controllo emesso da un sistema domotico e ricevuto attraverso la rete dell'abitazione.</i>

AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO - ELENCO 2b

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA CODICI

CODICE VIGENTE	DESCRIZIONE	NUOVO CODICE	DESCRIZIONE
<i>Classe 12 "Ausili per la mobilità personale"</i>			
12.22.18 carrozzine manovrabili dall'accompagnatore			
aggiuntivi prescrivibili			
12.22.91.321	divaricatore imbottito, regolabile ed estraibile (solo per 12.22.18.009)	12.22.91.324	divaricatore imbottito, regolabile ed estraibile (solo per 12.22.18.009)
12.23.06 carrozzine elettroniche con sterzo a controllo elettrico			
12.36.06.015	carrozzina elettrica a prevalente uso esterno	12.23.06.015	carrozzina elettrica a prevalente uso esterno
12.36.06.18	carrozzina elettrica a sei ruote	12.23.06.018	carrozzina elettrica a sei ruote
12.24.03.803	comando elettronico a soffio	12.23.03.803	comando elettronico a soffio
12.24.03.806	comando elettronico a capo o a nuca	12.23.03.806	comando elettronico a capo o a nuca
12.24.03.809	comando elettronico a mento	12.23.03.809	comando elettronico a mento
12.24.03.812	comando elettronico a piede	12.23.03.812	comando elettronico a piede
12.24.03.815	comando elettronico a tavolo	12.23.03.815	comando elettronico a tavolo
12.24.03.818	comando elettronico per accompagnatore	12.23.03.818	comando elettronico per accompagnatore
12.24.03.821	joystick proporzionale compatto	12.23.03.821	joystick proporzionale compatto
2.24.03.824	Joystick proporzionale a elevata sensibilità	12.23.03.824	Joystick proporzionale a elevata sensibilità
12.24.09 unità di propulsione			
12.24.09	unità di propulsione	12.23.09	unità di propulsione
12.24.09.003	uniciclo	12.23.09.003	uniciclo
12.24.09.006	sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)	12.23.09.006	sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)
12.24.09.009	moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)	12.23.09.009	moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote)
12.24.09.015	kit di motorizzazione universale per carrozzina	12.23.09.015	kit di motorizzazione universale per carrozzina
12.24.12 dispositivi di segnalazione e di sicurezza			
12.24.12	dispositivi di segnalazione e di sicurezza	12.23.12	dispositivi di segnalazione e di sicurezza
12.24.12.003	fanaleria	12.23.12.003	fanaleria
<i>Classe 24 "Ausili per manovrare oggetti o dispositivi"</i>			
24.09.24 quadri di controllo			
24.09.24	quadri di controllo	24.09.21	quadri di controllo
24.09.24.003	interfaccia per sensori	24.09.21.003	interfaccia per sensori
24.24.03 sistemi di posizionamento fissi			
24.24.03	sistemi di posizionamento fissi	24.09.24	sistemi di posizionamento fissi
24.24.03.003	braccio di sostegno snodabile per sensori di comando	24.09.24.003	braccio di sostegno snodabile per sensori di comando

AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO - ELENCO 2b

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

MODIFICA NOTE

CODICE	NOTA VIGENTE	CLASSE	NUOVA NOTA
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"			
SOTTOCLASSI: 09.12.09 sedili copriwater 09.12.12 sgabelli 09.12.15 rialzi rimovibili per wc	<i>NOTA BENE: la prescrizione degli ausili sopra elencati (codici 09.12.09.003 - 09.12.12.003 - 09.12.15.003 e .006) è alternativo alla prescrizione delle sedie a comoda.</i>	SOTTOCLASSI: 09.12.09 sedili copriwater 09.12.12 sgabelli 09.12.15 rialzi rimovibili per wc	<i>NOTA BENE: la prescrizione degli ausili sopra elencati (codici 09.12.09.003 - 09.12.12.003 - 09.12.15.003) è alternativo alla prescrizione delle sedie a comoda.</i>

AUSILI DI SERIE PRONTI PER L'USO - ELENCO 2b

Gli ausili riportati nell'elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017

ELIMINAZIONI

CODICE	DESCRIZIONE VIGENTE		
<i>Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"</i>			
09.12.15 rialzi rimovibili per wc			
09.12.15.006	rialzo rimovibile morbido per wc ad altezza regolabile		eliminato
<i>Classe 18 "Mobilia ed adattamenti per la casa"</i>			
18.30.10	montascale fissi con sedile		eliminato
18.30.11	montascale fissi con piattaforma		eliminato
<i>Classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"</i>			
22.21.09 ausili per la conversazione e la comunicazione interpersonale			
22.21.09.003	comunicatore alfabetico a tastiera e display		eliminato

Indice	Fogli
<u>Allegato D1 - MODIFICA DI DENOMINAZIONE DI MALATTIE O CONDIZIONI</u>	D1 Mod Denom Mal
<u>MODIFICA DESCRIZIONE PRESTAZIONI</u>	D2 Mod descr prest
<u>MODIFICA ELENCHI PRESTAZIONI ESENTI</u>	D3 Mod elenchi prest
<u>ELIMINAZIONE PRESTAZIONE</u>	D4 Elim prest

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017**D1 - MODIFICA DI DENOMINAZIONE DI MALATTIE O CONDIZIONI**

CODICE ESENZIONE	Codice icd9-cm	DENOMINAZIONE VIGENTE	NUOVA DENOMINAZIONE DI MALATTIA
039	.253.3	NANISMO IPOFISARIO	DEFICIT DI ORMONE DELLA CRESCITA [GH]
051		SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI, NEUROPSICHICI E DEL NEUROSVILUPPO

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017

MODIFICA DESCRIZIONE PRESTAZIONI

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
001	.253.0		ACROMEGALIA E GIGANTISMO	001	.253.0		ACROMEGALIA E GIGANTISMO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)			90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
0A02	(.394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .429.4; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0)		MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	0A02	; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .429.4; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0)		MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE (.394; .395; .396; .397
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)			89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9
<i>per i soggetti di cui al codice 0A02 v 45.0 oltre alla visita di</i>		89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER incluso ECG (89.52)	<i>per i soggetti di cui al codice 0A02 v 45.0 oltre alla visita di</i>		89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER
		89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso ECG (89.52)			89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
<i>per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascularizzazione oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice</i>		92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo.	<i>per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascularizzazione oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice</i>		92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
0C02	.440; .441.2; .441.4; .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6; .452; .453; .459.1; .557.1; .747; .V43.4		MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	0C02	.440; .441.2; .441.4; .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6; .452; .453; .459.1; .557.1; .747; .V43.4		MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, linfonodi, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
		88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.			88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.
003	.283.0		ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE	003	.283.0		ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
005	.307.1; .307.51		ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	005	.307.1; .307.51		ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE				
006	.714.0; .714.1; .714.2; .714.30; .714.32; .714.33		ARTRITE REUMATOIDE	006	.714.0; .714.1; .714.2; .714.30; .714.32; .714.33		ARTRITE REUMATOIDE	
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI	
			FREQUENZA				FREQUENZA	
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	
		88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9).	non più di 1 volta l'anno		88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	non più di 1 volta l'anno
		88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41., 88.38.9			88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	
		88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9			88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno		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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute			93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute	
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
		91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo			91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5	
		99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco			99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
007	.493		ASMA	007	.493		ASMA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]			89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4
008	.571.2; .571.5; .571.6		CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	008	.571.2; .571.5; .571.6		CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
009	.555; .556		COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	009	.555; .556		COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1			88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
011	.290.0; .290.1; .290.2; .290.4; .291.1; .294.0;		DEMENZE	011	.290.0; .290.1; .290.2; .290.4; .291.1; .294.0;		DEMENZE
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute			93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute
012	.253.5		DIABETE INSIPIDO	012	.253.5		DIABETE INSIPIDO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
013	.250		DIABETE MELLITO	013	.250		DIABETE MELLITO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno		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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
		88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.			88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.
		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo principale (fino a 6 segmenti)			93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B
		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo principale (fino a 4 segmenti)			93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08A e 93.08.B
		95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4			95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
<i>NEL DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta</i>				<i>NEL DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta</i>			
	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale.			90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 ≥ limite superiore di riferimento, referto di TSH + FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 < limite superiore dell'intervallo di riferimento, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Se TSH > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4 e referto di TSH + FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi a livello regionale. Non associabile ai singoli codici 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).	
016	.571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9	EPATITE CRONICA (ATTIVA)		016	.571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	
		PRESTAZIONI	FREQUENZA			PRESTAZIONI	FREQUENZA
	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta			90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07	
	90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
	90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	
	90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
	91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg]. Incluso ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo			91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5	
	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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	
<i>In caso di trattamento con Interferone</i>				<i>In caso di trattamento</i>			
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8			90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
017	.345		EPILESSIA (Escluso: Sindrome di Lennox-Gastaut)	017	.345		EPILESSIA (Escluso: Sindrome di Lennox-Gastaut)
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)			89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisinnogramma (89.17)
019	.365.1; .365.3; .365.4; .365.5; .365.6; .365.8		GLAUCOMA	019	.365.1; .365.3; .365.4; .365.5; .365.6; .365.8		GLAUCOMA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		95.03.3	TOMOGRFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4			95.03.3	TOMOGRFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4
021	.428		INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)	021	.428		INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit� (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)			89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9
022	.255.4		INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	022	.255.4		INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)			90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
		90.15.3	CORTISOLO			90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit� (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
023	.585		INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	023	.585		INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, linfonodi, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
<i>Per i soggetti con insufficienza</i>				<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>			
		91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo			91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg se HBcAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
024	.518.83		INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	024	.518.83		INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
025	.272.0 ; .272.2 ; .272.4		IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB; IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA; IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA; IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III	025	.272.0 ; .272.2 ; .272.4		IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB; IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA; IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA; IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.			88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi
<i>in caso di complicanza cardiaca, in aggiunta:</i>				<i>in caso di complicanza cardiaca, in aggiunta:</i>			
		89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)			89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9
026	.252.0; .252.1		IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO	026	.252.0; .252.1		IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno		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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
027	.243; 244		IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH superiori a 10 mU/L)	027	.243; 244		IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH superiori a 10 mU/L)
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8			90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
		88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolor Doppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7			88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.
In caso di complicanza cardiaca:				In caso di complicanza cardiaca:			
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
028	.710.0		LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	028	.710.0		LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolarità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>				<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>			
		99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco			99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
029	.331.0		MALATTIA DI ALZHEIMER	029	.331.0		MALATTIA DI ALZHEIMER
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute			93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute
030	.710.2		MALATTIA DI SJOGREN	030	.710.2		MALATTIA DI SJOGREN
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno		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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>				<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>			
		99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco			99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco
0A31	.401		IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)	0A31	.401		IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)
0031	.402; .403; .404; .405.0 ; 362.11		IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	0031	.402; .403; .404; .405.0 ; 362.11		IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
			FREQUENZA				FREQUENZA
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE					
032	.255.0		MALATTIA O SINDROME DI CUSHING		032	.255.0		MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)				90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)				90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
		90.15.3	CORTISOLO				90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
		90.27.1	GLUCOSIO				90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
		90.37.4	POTASSIO				90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	
		90.40.4	SODIO				90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA				89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
035	.242.0; .242.1; .242.2; .242.3		MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO		035	.242.0; .242.1; .242.2; .242.3		MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8				90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA				89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
		88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolor Doppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	non più di 1 volta l'anno			88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	non più di 1 volta l'anno

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE			
036	.443.1		MORBO DI BUERGER	036	.443.1		MORBO DI BUERGER
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.			88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.
037	.731.0		MORBO DI PAGET	037	.731.0		MORBO DI PAGET
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione.			92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7
038	.332 ; .333.0; .333.1; .333.5		MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	038	.332 ; .333.0; .333.1; .333.5		MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute			93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute
039	.253.3		NANISMO IPOFISARIO	039	.253.3		NANISMO IPOFISARIO
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA			88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]
042	.577.1		PANCREATITE CRONICA	042	.577.1		PANCREATITE CRONICA
			PRESTAZIONI				PRESTAZIONI
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)
		88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni			88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C
		88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni			88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE				
044	.295.0; .295.1; .295.2; .295.3; .295.5; .295.6; .295.7; .295.8; .296.0; .296.1; .296.2; .296.3; .296.4; .296.5; .296.6; .296.7; .296.8; .297.0; .297.1; .297.2; .297.3; .297.8; .298.0; .298.1; .298.2; .298.4; .298.8; .299.0; .299.1; .299.8		PSICOSI	044	.295.0; .295.1; .295.2; .295.3; .295.5; .295.6; .295.7; .295.8; .296.0; .296.1; .296.2; .296.3; .296.4; .296.5; .296.6; .296.7; .296.8; .297.0; .297.1; .297.2; .297.3; .297.8; .298.0; .298.1; .298.2; .298.4; .298.8; .299.0; .299.1; .299.8		PSICOSI	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute			93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute	
In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:				In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:				
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8			90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
045	.696.0; 696.1		PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)	045	.696.0; 696.1		PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco			99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE					
054	.720.0		SPONDILITE ANCHILOSANTE		054	.720.0		SPONDILITE ANCHILOSANTE	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione.	non più di 1 volta l'anno			92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7	non più di 1 volta l'anno
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	non più di 1 volta l'anno			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	non più di 1 volta l'anno
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute				93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute	
		99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco				99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	
056	.245.2		TIROIDITE DI HASHIMOTO		056	.245.2		TIROIDITE DI HASHIMOTO	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8				90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
		88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7				88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE				
057			BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"		057		BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.27.1	GLUCOSIO	ogni 6 mesi		90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	ogni 6 mesi
		90.44.1	UREA	ogni 6 mesi		90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	ogni 6 mesi
		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	ogni 6 mesi		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	ogni 6 mesi
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni 12 mesi		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	ogni 12 mesi
<i>per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:</i>					<i>per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:</i>			
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	ogni 6 mesi		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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ogni 6 mesi
061	581.1; 581.2; 582.1; 582.2; 582.4; 587; 590.0		PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)		061	581.1; 581.2; 582.1; 582.2; 582.4; 587; 590.0	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.27.1	GLUCOSIO			90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
		90.37.4	POTASSIO			90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	
		90.40.4	SODIO			90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
		90.44.1	UREA			90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1			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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	
		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, linfonodi, pelvi maschili o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschili o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	
		88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1			88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	

DESCRIZIONE VIGENTE				NUOVA DESCRIZIONE						
062	.753.13		RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE		062	.753.13		RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE		
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA	
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non codificabile con 88.75.1, 88.76.1				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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		
<i>in caso di sospetta neoplasia:</i>				<i>in caso di sospetta neoplasia:</i>						
		88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni				88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9		
067	.710.9		CONNETTIVITI INDIFFERENZiate		067	.710.9		CONNETTIVITI INDIFFERENZiate		
			PRESTAZIONI	FREQUENZA				PRESTAZIONI	FREQUENZA	
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA				89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
		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 retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1				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 retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO 2017

MODIFICA ELENCHI PRESTAZIONI ESENTI

PRESTAZIONE VIGENTE						PRESTAZIONE AGGIORNATA					
013	.250		DIABETE MELLITO			013	.250		DIABETE MELLITO		
				PRESTAZIONI	FREQUENZA					PRESTAZIONI	FREQUENZA
			95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA					95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
										OPPURE	
									95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS: incluso refertazione	
			90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA					90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
										OPPURE	
									90.05.6	ALBUMINA GLICATA	
			90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)					90.14.1	COLESTEROLO HDL	

PRESTAZIONE VIGENTE						PRESTAZIONE AGGIORNATA							
016	.571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9				EPATITE CRONICA (ATTIVA)	016	.571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9				EPATITE CRONICA (ATTIVA)		
					PRESTAZIONI						PRESTAZIONI	FREQUENZA	
In caso di trattamento con Interferone						In caso di trattamento							
				91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione)					91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione)		
017	.345				EPILESSIA	017	.345				EPILESSIA		
					PRESTAZIONI						PRESTAZIONI	FREQUENZA	
				87.03	TC CRANIO-ENCEFALO non associbile a TC Sella Turcica (cod 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)	non più di 1 volta l'anno					88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	non più di 1 volta l'anno
											Limitatamente ai casi in cui non sia possibile eseguire la prestazione 88.91.1		
										87.03	TC CRANIO-ENCEFALO non associbile a TC Sella Turcica (cod 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)	non più di 1 volta l'anno	
028	.710.0				LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	028	.710.0				LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO		
					PRESTAZIONI						PRESTAZIONI	FREQUENZA	
<i>nell'ARTROPATHIA LUPICA, oltre alle precedenti</i>						<i>Nell'ARTROPATHIA LUPICA, oltre alle precedenti</i>							
				93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute					93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute		

PRESTAZIONE VIGENTE						PRESTAZIONE AGGIORNATA						
										90.43.2	TRIGLICERIDI	

ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO ISORISORSE DELL'ALLEGATO 8 dPCM 12 GENNAIO

ELIMINAZIONE PRESTAZIONE

DESCRIZIONE VIGENTE

016	.571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9		EPATITE CRONICA (ATTIVA)	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.	
035	.242.0; .242.1; .242.2; .242.3		MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	
		90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	
		95.13	ECOGRAFIA OCULARE	
039	.253.3		DEFICIT DI ORMONE DELLA CRESCITA [GH]	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		90.11.4	CALCIO TOTALE	
		90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	
027	.243; .244		IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH	
			PRESTAZIONI	FREQUENZA
		87.44.1	87.44.1 RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	

Assistenza termale

Aventi diritto:

Hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale gli assistiti affetti dalle seguenti patologie:

GRUPPO DI PATOLOGIE	ICD-9-CM	CONDIZIONI CLINICHE RICONDUCEBILI, EVENTUALI LIMITAZIONI
MALATTIE REUMATICHE	715.0	Artrosi generalizzata
	715.1	Artrosi localizzata, primaria
	715.2	Artrosi localizzata, secondaria
	715.3	Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria
	715.8	Artrosi con interessamento di più di una sede, non specificata se generalizzata
	715.90	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, sede non specificata
	715.91	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, spalla
	715.92	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, gomito
	715.93	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, polso
	715.94	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, carpo, metacarpo ed articolazioni interfalangee della mano
	715.95	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, anca
	715.96	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, ginocchio
	715.97	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, tibio-tarsica ed articolazione del piede
	715.98	Artrosi non specificata se generalizzata o localizzata, altre sedi specificate
	715.10	Artrosi localizzata primaria sede non specificata
	719.30	Reumatismo recidivante, sede non specificata
	719.31	Reumatismo recidivante, spalla
	719.32	Reumatismo recidivante, gomito
	719.33	Reumatismo recidivante, polso
	719.34	Reumatismo recidivante, carpo, metacarpo e articolazioni interfalangee della mano
	719.35	Reumatismo recidivante, anca
	719.36	Reumatismo recidivante, ginocchio
	719.37	Reumatismo recidivante, tibio-tarsica e articolazione del piede
	719.38	Reumatismo recidivante, altre sedi specificate
	719.39	Reumatismo recidivante, sedi multiple
	719.40	Artralgia, sede non specificata
	719.41	Artralgia, spalla
	719.42	Artralgia, gomito
	719.43	Artralgia, polso
	719.44	Artralgia, carpo, metacarpo e articolazioni interfalangee della mano
	719.45	Artralgia, anca
	719.46	Artralgia, ginocchio
	719.47	Artralgia, tibio-tarsica ed articolazioni del piede
719.48	Artralgia, altre sedi specificate	
719.49	Artralgia, sedi multiple	
721.0	Spondilosi cervicale senza mielopatia	
721.2	Spondilosi toracica senza mielopatia	
721.3	Spondilosi lombo-sacrale senza mielopatia	

	721.90	Spondilosi in sede non specificata senza mielopatia
	738.4	Spondilolistesi acquisita
	716.50	Poliartropatia o poliartrite non specificata sede non specificata
	729.0	Fibromialgia e reumatismi extrarticolari diffusi non specificati
MALATTIE DELLE VIE RESPIRATORIE	472.0	Rinite cronica
	491	Bronchite cronica
	491.1	Bronchite cronica muco-purulenta
	491.0	Bronchite cronica semplice
	491.8	Altre bronchiti croniche
	491.20	Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione
	491.21	Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione
	494.0	Bronchiectasie senza riacutizzazione
	494.1	Bronchiectasie con riacutizzazione
MALATTIE DERMATOLOGICHE	690.1	Dermatite seborroica
	690.10	Dermatite seborroica, non specificata
	690.12	Dermatite seborroica infantile
	706.0	Acne varioliforme
	706.1	Altre acni
	690.18	Altre dermatiti seborroiche
	691	Dermatite seborroica non specificata
	691.8	Altre dermatiti atopiche e affezioni correlate
	692	Dermatite da contatto ed altri eczemi
	696	Psoriasi e altre affezioni similari
	696.0	Artropatia psoriasica
696.1	Altre psoriasi	
MALATTIE GINECOLOGICHE	131.00	Tricomoniiasi urogenitale, non specificata
	131.01	Vulvovaginite
	616.10	Vaginite e vulvovaginite, non specificate
	623.5	Leucorrea, non specificata se infettiva
	627.3	Vaginite atrofica postmenopausale
	654.6	Altre anomalie cervicali congenite o acquisite limitatamente alle seguenti forme cliniche: - CERVICE CICATRIZZATA (654.6A); - CERVICE RIGIDA (654.6B); - PREGRESSO INTERVENTO CHIRURGICO CERVICALE (654.6C); - STENOSI O STRETTURA CERVICALE (654.6D)
614.9	Malattia infiammatoria non specificata degli organi e dei tessuti pelvici femminili limitatamente alle seguenti forme cliniche: - INFIAMMAZIONE PELVICA CRONICA (614.9A).	
MALATTIE O.R.L.	381	Otite media non suppurativa e disturbi della tromba di Eustachio
	381.10	Otite media cronica sierosa semplice o non specificata
	381.20	Otite media cronica mucosa semplice o non specificata
	381.6	Ostruzione della tromba di Eustachio
	381.60	Ostruzione della tromba di Eustachio non specificata
	381.81	Disfunzione della tromba di Eustachio
	381.89	Altri disturbi della tromba di Eustachio
	382.1	Otite media cronica suppurativa tubotimpanica
	382.3	Otite media cronica suppurativa non specificata
	382.9	Otite media non specificata limitatamente alle seguenti forme cliniche: - OTITE MEDIA CRONICA NON SPECIFICATA (382.9A); - SORDITA' RINOGENA (382.9B); - OTOTUBARITE (382.9C); - IPOACUSIA RINOGENA (382.9D); - OTITE SIERO-MUCOSA CRONICA (382.9E); - OTITE CATARRALE CRONICA (382.9F); - OTITE PURULENTA CRONICA (382.9G).
	389.0	Sordità di conduzione
	389.03	Sordità di conduzione orecchio medio

	389.08	Sordità di conduzione di tipo combinato
	471.0	Polipi della cavità nasale
	473	Sinusite cronica
	473.0	Sinusite cronica mascellare
	473.1	Sinusite cronica frontale
	473.2	Sinusite cronica etmoidale
	473.3	Sinusite cronica sfenoidale
	473.8	Altre sinusiti croniche
	473.9	Sinusite non specificata (cronica) limitatamente alle seguenti forme cliniche: - SINUSITE ALLERGICA (473.9A); - POLISINUSITE CRONICA (473.9B); - RINOSINUSITE CRONICA (473.9C); - SINUSITI CRONICHE RECIDIVANTI (473.9D); - SINUSITI IPERPLASTICHE (473.9E)
	474	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi
	474.00	Tonsillite cronica
	474.01	Adenoidite cronica
	474.1	Ipertrofia delle tonsille e delle adenoidi
	476	Laringite e laringotracheite cronica
	472	Faringite e rinofaringite cronica
	472.1	Faringite cronica
	472.2	Rinofaringite cronica
	476.0	Laringite cronica
	476.1	Laringotracheite cronica
	477	Rinite allergica
	478.0	Ipertrofia dei turbinati nasali
MALATTIE APPARATO URINARIO	592.0	Calcolosi renale
MALATTIE VASCOLARI	459.10	Sindrome postflebitica senza complicazioni
	459.81	Insufficienza (periferica) venosa non specificata
MALATTIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO	306.4	Disfunzioni gastrointestinali limitatamente alle seguenti forme cliniche: - DISPEPSIA PSICOGENA (306.4A); - GASTRITE NERVOSA (306.4B).
	536.8	Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica
	576.9	Disturbo non specificato delle vie biliari limitatamente alle seguenti forme cliniche: - DISCINESIE DELLE VIE BILIARI CON DISPEPSIA (576.9A).
	564.89	Altri disturbi funzionali specificati dell'intestino
	569.9	Disturbi non specificati dell'intestino limitatamente alle seguenti forme cliniche: - DISPEPSIA DI ORIGINE GASTROENTERICA E BILIARE (569.9A); - COLECISTITE CRONICA ALTIASICA (569.9B); - (GASTRO)DUODENITE CRONICA CON DISPEPSIA (569.9C).
	571.8	Altra epatopatia cronica non alcolica
	571.9	Epatopatia cronica non specificata senza menzione di alcool
	564.1	Sindrome del colon irritabile

Prestazioni

Le prestazioni termali consistono nei cicli di cure di seguito indicati per tipologia di destinatari. Il ciclo di cure include, in ogni caso, la visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale.

Prestazioni erogabili a tutti gli assistiti

CODICE	DESCRIZIONE
89.90.1	Fanghi più bagni o docce effettuate con acque minerali (c.d. di "Annettamento") per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni o docce). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.90.2	Fanghi più bagni terapeutici (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.90.3	Bagni per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.90.4	Bagni per malattie dermatologiche (ciclo di 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.91.1	Stufe o grotte (ciclo di 12 sedute). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.91.2	Cure inalatorie (inalazioni, nebulizzazioni, aerosol, humages) (ciclo di 24 prestazioni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.92.1	Irrigazioni vaginali (ciclo di 12 irrigazioni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.92.2	Irrigazioni vaginali più bagni (ciclo di 12 irrigazioni e 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.92.3	Docce rettali (ciclo di 12 docce). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.92.4	Cure idropiniche per calcolosi delle vie urinarie e sue recidive (ciclo di 12 prestazioni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.92.5	Cure idropiniche per malattie dell'apparato gastroenterico (ciclo di 12 prestazioni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.93.2	Ciclo di cura della sordità rinogena. Compreso: Visita specialistica, Esame audiometrico, 12 insufflazioni endotimpaniche, 12 cure inalatorie. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.93.3	Ciclo di cura integrato della ventilazione polmonare controllata. Compreso: Visita specialistica, 12 ventilazioni polmonari e non, 12 aerosol, 6 inalazioni o nebulizzazioni (da effettuarsi a giorni alterni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.93.5	Ciclo di idrofangobalneoterapia (c.d. "Fanghi epatici"). Compreso: Visita specialistica, 6 fanghi epatici, 6 bagni carbogassosi, 12 cure idropiniche. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.94.1	Ciclo di cura dei postumi di flebopatie di tipo cronico. Compreso: Visita specialistica, Elettrocardiogramma, Esami ematochimici: azotemia, glicemia, uricemia, colesterolo totale e HDL, trigliceridi; esami strumentali: oscillometria, doppler (prima e dopo la cura), 12 bagni terapeutici con idromassaggio. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INAIL ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni.

CODICE	DESCRIZIONE
89.93.4	Ciclo di ventilazione polmonare controllate comprendente: - Visita specialistica; - Ventilazioni polmonari medicate e non (ciclo di 15 ventilazioni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.94.2	Ciclo di cure per la riabilitazione motoria comprendente: - Visite mediche (prescrizioni terapeutiche; assistenza sanitaria; compilazione ed aggiornamento della speciale cartella clinica); - Indagini specialistiche e di laboratorio (esami radiologici; esami elettrodiagnostici ed elettromiografici; altre indagini specialistiche se necessarie); - Trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari; - Crenochinesiterapia (bagni termali, ozonizzati o meno, con o senza massaggio subacqueo; fanghi termali; trattamenti termali per angiopatie); - Fisioterapia (ginnastica attiva e passiva; elettroterapia esogena ed endogena; etc.); - Altre terapie strumentali e medicamentose (qualora richieste dai singoli casi). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.94.3	Ciclo di cura per la riabilitazione della funzione respiratoria comprendente: - Visite mediche (prescrizioni terapeutiche; assistenza sanitaria; compilazione ed aggiornamento della speciale cartella clinica); - Indagini specialistiche e di laboratorio (spirometria; ergometria; ECG; radiografia del torace nelle due proiezioni ortogonali; esame dell'espettorato previo arricchimento; esami ematochimici, se ritenuti necessari); - Trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari; Fisiokinesiterapia, ginnastica respiratoria, ergometria, ventilazione polmonare controllata, medicata o non; - Ossigenoterapia; - Cure inalatorie (utilizzando, quando indicato, anche il nebulizzatore ultrasonico). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INPS ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni.

CONDIZIONI CLINICHE RICONDUCEBILI	PRESTAZIONI	CODICE	DESCRIZIONE	
CICLI DI PRESTAZIONI TERMALI E COMPLEMENTARI INTEGRATE PER FORME REUMO-ARTROPATICHE	A. Prestazioni termali fondamentali:	89.90.1.A	Fanghi più bagni o docce effettuate con acque minerali (c.d. di "Annettamento") per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni o docce). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.	
	B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di dodici delle seguenti prestazioni:	89.95.1.A	Inalazioni	
		89.95.1.A	Aerosol o docce nasali	
	A. Prestazioni termali fondamentali:	89.90.2.A	Fanghi più bagni terapeutici (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.	
	B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di dodici delle seguenti prestazioni:	89.95.1.A	Inalazioni	
		89.95.1.A	Aerosol o docce nasali	
	A. Prestazioni termali fondamentali:	89.90.3.A	Bagni per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 bagni). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.	
	B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di dodici delle seguenti prestazioni:	89.95.1.A	Inalazioni	
		89.95.1.A	Aerosol o docce nasali	
	A. Prestazioni termali fondamentali:	89.91.1.A	Stufe o grotte (ciclo di 12 sedute). Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.	
	B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di dodici delle seguenti prestazioni:	89.95.1.A	Inalazioni	
		89.95.1.A	Aerosol o docce nasali	
	CICLI DI PRESTAZIONI TERMALI E COMPLEMENTARI INTEGRATE PER FORME BRONCO-ASMATICHE	1. Prestazioni termali fondamentali:	89.95.2.A	12 inalazioni. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
			89.95.2.A	12 aerosol. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.
89.95.2.A			12 nebulizzazioni o polverizzazioni. Include visita medica all'atto dell'accettazione dello stabilimento termale.	
2. Prestazioni complementari o accessorie fino ad un massimo complessivo di dodici delle seguenti prestazioni:		89.95.3.A	Docce nasali	
		89.95.3.A	Ventilazioni polmonari	



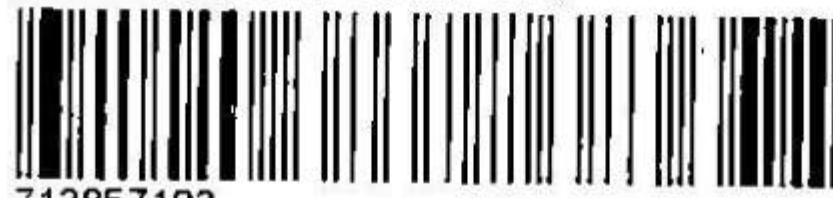
Ministero della Salute
Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

GAB

0006229-P-15/04/2025

I.4.c.a.3/2023/0



713857193

Al Segretario della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

e, p.c.

Al Segretario generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

Al Capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale

Al Direttore dell'ex Direzione generale della programmazione sanitaria

OGGETTO: Schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante *“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”* e schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *“Modifiche e integrazioni al d.P.C.M. 12 gennaio 2017”*

Si trasmettono i provvedimenti in oggetto, ai fini dell'acquisizione nella prima seduta utile della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano:

- del parere sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante *“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”* ai sensi dell'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

- dell'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *“Modifiche e integrazioni al d.P.C.M. 12 gennaio 2017”*, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

IL CAPO DI GABINETTO
Dott. Marco Mattei



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

IL CAPO DI GABINETTO

Roma,

Al Capo di Gabinetto del Ministro
della salute
Dott. Marco Mattei

e, p.c.

All'Ufficio legislativo economia

Al Dipartimento della Ragioneria
generale dello Stato

Oggetto: schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante "*Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza*" e schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante modifiche e integrazioni al d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Si fa riferimento alla nota prot. 1400 del 29 gennaio u.s., con la quale sono state trasmesse a questo Ufficio le nuove versioni degli schemi di decreto indicati in oggetto, al fine di acquisire il previo assenso di questo Dicastero.

Al riguardo, si rappresenta che non vi sono, sul piano sostanziale, motivi ostativi all'ulteriore corso dei provvedimenti, fatta salva la necessità di apportare agli stessi le modifiche riportate nell'unito parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, di cui alla nota prot. 66258 del 28 marzo 2025.

Il Capo di Gabinetto
Avv. Stefano Farone

Firmato digitalmente



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE

UFFICIO I

Roma,

Prot. N.
Rif. Prot. Entrata N. 25950 del 30/1/2025
Allegati: vari
Risposta a Nota N.

Al Gabinetto del Ministro
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

e, p.c.

All'Ufficio del Coordinamento Legislativo
ufficiocoordinamentolegislativo@pec.mef.gov.it

All'Ufficio Legislativo Economia
legislativo.economia@pec.mef.gov.it

OGGETTO: Schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante "*Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza*" e schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante modifiche e integrazioni al dPCM 12 gennaio 2017.

Si fa riferimento alla documentazione in oggetto inviata via mail da codesto Gabinetto a questo Dipartimento lo scorso 30 gennaio, concernente:

- a) uno schema di decreto interministeriale, unitamente alla relazione tecnica e a tredici allegati, concernente modifiche ed integrazioni, non comportanti oneri, al dPCM 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza (LEA);
- b) uno schema di dPCM, unitamente alla relazione tecnica e a cinque allegati, concernente modifiche ed integrazioni, comportanti oneri, al medesimo dPCM 12 gennaio 2017.

Al riguardo, per quanto di competenza, tenuto conto che su una precedente versione dei provvedimenti questo Dipartimento aveva espresso sul piano tecnico il proprio nulla osta, con l'allegata nota n. 36095 del 19 febbraio 2024, e preso atto che le integrazioni intervenute, che modificano solo in misura marginale i testi già pervenuti, sono compatibili con la cornice

finanziaria prevista a legislazione vigente, si comunica che anche sui nuovi testi dei provvedimenti, sul piano sostanziale, non ci sono osservazioni da formulare, salvo la richiesta di chiarimenti e le proposte di modifica di seguito indicati.

Risulta necessario, infatti, un chiarimento sul seguente periodo aggiunto su entrambe le relazioni tecniche dei provvedimenti: *“In relazione ai nuovi codici proposti (rectius definiti), si precisa che gli stessi potrebbero essere oggetto di ulteriori definizioni a seguito delle valutazioni di carattere amministrativo e tecnico informatico risultanti dal confronto con le Regioni.”*, che sembrerebbe presupporre l’introduzione di ulteriori modifiche sugli schemi di decreto ora pervenuti, delle quali allo stato non è possibile verificarne la portata applicativa. Tale periodo andrà, comunque, stralciato.

Infine, con riferimento allo schema di decreto interministeriale allegato, va introdotta, nelle premesse, la seguente modifica: *“VISTA la relazione tecnica che ~~illustra gli impatti di spesa derivanti dall’applicazione~~ contiene gli elementi diretti a dimostrare la neutralità finanziaria del presente decreto e la metodologia per la determinazione delle tariffe ivi previste;”*

Tanto premesso, non può non ricordarsi che le risorse statali destinate dalla normativa vigente all’aggiornamento dei LEA, dovranno essere comunque accantonate, nell’anno 2025, in attesa dell’emanazione del DPCM in oggetto, in quanto lo stesso fa riferimento a prestazioni sanitarie che prevedono un impatto economico.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Daria Perrotta

Firmato digitalmente

RELAZIONE TECNICA DM ISORISORSE

Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze

recante

“Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza”

Relazione tecnica

La presente Relazione tecnica illustra le integrazioni, le modifiche e le correzioni al dPCM 12 gennaio 2017 e relativi allegati. Sono, altresì, indicate le motivazioni esplicative atte a attestare la neutralità finanziaria di tali disposizioni.

Art.1

L'articolo enuncia il contenuto del provvedimento ed elenca gli articoli 11, 14, 17, 18, 27, 33, 35 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ai quali sono state apportate correzioni testuali dettagliate nell'allegato 1. Le disposizioni sono di natura puramente formale e non comportano oneri per il SSN. In particolare è sostituita la parola “menomazione” con la parola “disabilità”. Si è provveduto a correggere il testo del comma 1 dell'articolo 11 dPCM LEA che, nell'identificare i destinatari dei dispositivi monouso, omette di citare i soggetti laringectomizzati, cui sono da sempre destinate le cannule tracheali, e gli assistiti affetti da alcune malattie rare di natura dermatologica cui l'allegato 2 destina alcuni dispositivi (codici 04.49.24.703 e 04.49.24.903).

Nel primo caso, si tratta di una precisazione che non estende l'applicazione della disposizione, atteso che i “laringectomizzati” sono anche “tracheostomizzati” e, in quanto tali, sono già considerati tra i destinatari di alcuni ausili. Nel secondo caso, il riferimento ai malati rari nel corpo dell'articolo ha lo scopo di allineare il testo a quanto già esplicitato nell'allegato 2 del dPCM 12 gennaio 2017.

È prevista una migliore definizione dell'articolo 14, comma 3 del dPCM LEA, di natura puramente descrittiva che non comporta oneri per il SSN.

Le modifiche apportate al comma 4 dell'articolo 17 (che aggiunge il periodo: “Per gli ausili di serie presenti nell'elenco 2A erogati a tariffa, quest'ultima è comprensiva delle prestazioni necessarie per l'adattamento e la personalizzazione”) e al comma 10 dell'articolo 18 (che aggiunge dopo la parola “dell'allegato 5” il periodo “e nell'elenco 2A limitatamente per quelli erogati a tariffa”) adeguano le disposizioni concernenti l'assistenza protesica e i destinatari delle relative prestazioni alla modifica della modalità di erogazione degli ausili per l'udito inclusi nell'elenco 2A dell'allegato 5. Dette integrazioni non comportano oneri per il SSN.

La modifica apportata all'articolo 27, comma 1 (che dopo la parola “distrettuale” inserisce il termine “domiciliare”) ha natura esplicativa e non comporta oneri a carico del SSN.

Le modifiche apportate all'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) in una prima fase erano state proposte in aggiornamento con la seguente formulazione: le parole “*della durata massima di*” sono sostituite con “*che non superano, di norma, i*” alla luce di quanto stabilito nella sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. Lazio n.13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022.

Tale sentenza, resa contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e Finanze, ha disposto l'annullamento dell'articolo 33, comma 2, lett. a) e b) del dPCM 2017, per via della previsione di un rigido termine di scadenza del trattamento, senza la possibilità di eventuali proroghe connesse a valutazioni concrete che confermino l'utilità del trattamento. Successivamente è intervenuta la sentenza del Consiglio di Stato n. 5862/2024, con cui è stato accolto l'appello sul ricorso in ottemperanza ex art. 112 c.p.a per ottenere l'immediata, corretta

ed integrale esecuzione della sentenza Sez. III Ecc.mo T.A.R. del Lazio n. 13985/2022, pubblicata in data 28.10.2022, e ordinato all'Amministrazione di dare corretta ed immediata esecuzione della sentenza n. 13985/2022, affinché, nelle more della definizione del procedimento delineato dalla Legge n. 208/2015 per l'aggiornamento dei L.E.A., venisse adottata ogni utile misura organizzativa idonea ad impartire disposizioni uniformi ed omogenee su tutto il territorio nazionale in relazione ai trattamenti di cui all'art. 33, comma 2, lettere a) e b), del dPCM 12 gennaio 2017.

Le modifiche attualmente proposte, riformulate alla luce della sentenza sopra citata, renderebbero coerenti le predette disposizioni con le altre disposizioni del dPCM relative all'area dell'Assistenza socio-sanitaria - le quali prevedono trattamenti di durata flessibile, collegata alla valutazione dell'utilità dell'intervento a cura dell'equipe preposta di volta in volta alla valutazione della condizione clinica dell'assistito - contestualmente ottemperando all'ordine dell'autorità giudiziaria. Si rileva, infatti, che sebbene per i trattamenti disciplinati dalle disposizioni del dPCM in oggetto, a seguito dell'annullamento di cui alla sentenza del Tar in parola, non siano più previsti termini rigidi, tali trattamenti seguitano ad avere uno stretto collegamento con la valutazione multidimensionale, la quale costituisce la base per identificare la tipologia di assistenza da garantire (art. 33, comma 1, dPCM 12 gennaio 2017, e ribadita più di recente dal DM 23 maggio 2022, n. 77).

Si fa presente, inoltre, che i termini, come originariamente modulati, seppure annullati, continuano a parametrare la durata ordinaria dei trattamenti stessi.

Come ribadito nel Rapporto Salute mentale anno 2022, la tipologia di strutture in oggetto: *“hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La Struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa”*.

Inoltre, nel Rapporto [Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)] curato dalla competente ex direzione della prevenzione sanitaria e dalla ex Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, si rileva che gli utenti psichiatrici in cura presso strutture residenziali, nell'anno di osservazione 2022, sono pari a 28.738 unità.

La distribuzione regionale delle giornate di degenza nelle strutture residenziali psichiatriche per tipologia di struttura riporta un dato nazionale pari a 10.919.751, molto variabile a livello regionale poiché influenzato sia dalla domanda di trattamento, quindi dall'ammontare della popolazione, sia dall'offerta assistenziale territoriale.

Tuttavia la durata media delle giornate di degenza per i trattamenti in parola, è ampiamente al di sotto della durata massima stabilita dall'attuale previsione.

In particolare, nelle SRP1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.545.282 per un numero di utenti, pari a 7096, che corrisponde ad una degenza media di 218 giornate pari a 7,3 mesi (a fronte dei 18 mesi prorogabili per ulteriori 6 mesi).

Nelle SRP2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, il numero di giornate di degenza in valore assoluto è pari a 1.888.249, per un numero di utenti pari a 4282, che corrisponde ad una degenza media di 441 giornate pari a 14,7 mesi (a fronte dei 36 mesi prorogabili per 12 mesi).

Il Rapporto ISTISAN 23/9 dell'ISS, “Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive” prodotto dal gruppo di lavoro costituito in seno alla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, presenta un'analisi della residenzialità psichiatrica effettuata attraverso la ricognizione dei riferimenti normativi, la rassegna dei modelli di classificazione adottati in Italia e a livello internazionale e delle definizioni operative relative alle caratteristiche strutturali, organizzative e delle tipologie dei processi assistenziali. Nel citato rapporto si ribadisce che: *L'aumento della stabilità residenziale di lungo periodo generalizzata che emerge con chiarezza da tutti i dati disponibili non sembra adeguata alla maggior parte dei pazienti che afferiscono oggi ai servizi di salute mentale. Questi lunghi tempi di permanenza comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale.”*

L'istituzione delle strutture residenziali, si aggiunge, è pensata *“quale tappa di un percorso di deistituzionalizzazione della persona con disturbo mentale verso la prospettiva di un sempre maggiore*

recupero delle abilità sociali, lavorative e relazionali laddove possibile e all'interno di un progetto personalizzato nello spirito originale della riforma psichiatrica”.

Si ribadisce, tuttavia, che le modifiche in parola vanno lette alla luce dell'impianto complessivo in tema di percorsi assistenziali integrati, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico.

Le disposizioni, pertanto, sono di natura formale e non comportano oneri per il SSN.

Si specifica che le disposizioni di cui si propone la modifica erano già state annullate, per i medesimi motivi, dal Consiglio di Stato con sentenza n. 1858/2019.

Con la predetta pronuncia l'Alto Consesso, aveva, altresì, disposto l'annullamento dell'articolo 35 dPCM 12 gennaio 2017, limitatamente alle ipotesi di cui ai commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b). Per tale ragione si è proceduto alla modifica dell'articolo 35, commi 2, lett. a) e c) e 4, lett b) (le parole *"della durata massima di"* sono sostituite dalle parole *"che non superano, di norma, i"*). Anche in questo caso, le modifiche proposte andrebbero a rendere coerenti le disposizioni in parola con l'assetto previsto per l'area dell'Assistenza sociosanitaria.

La modifica all'articolo 38, comma 2, che al primo periodo, dopo le parole *“clinici e strumentali”*, inserisce le parole *“e degli interventi riabilitativi immediati”* adempie alla condizione, posta dalla XII Commissione parlamentare Igiene e Sanità, sul dPCM 12 gennaio 2017, esplicitando che il trattamento in regime di ricovero ordinario include gli *“interventi riabilitativi immediati”*. La disposizione ha natura esplicativa e non comporta oneri a carico del SSN.

Art. 2

(Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

La disposizione attiene alla modifica dell'allegato 1 *“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”* del dPCM 12 gennaio 2017, con l'introduzione dello Screening neonatale esteso per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), come previsto dall'allegato *“A”* al presente decreto. Per Screening Neonatale Esteso (SNE) si intende lo screening neonatale effettuato su goccia di sangue per un ampio numero di malattie metaboliche genetiche ereditarie.

La normativa di riferimento è la legge 19 agosto 2016 n. 167 e sue modifiche e integrazioni, recante *“Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie”*. In particolare l'articolo 4, comma 2bis, dispone che il Ministero della salute, avvalendosi della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenas, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Società scientifiche di settore, sottoponga a revisione periodica almeno biennale la lista delle patologie da ricercare attraverso lo screening neonatale, in relazione all'evoluzione nel tempo delle evidenze scientifiche in campo diagnostico-terapeutico per le malattie genetiche ereditarie. Inoltre l'articolo 6, comma 1, prevede che, con la procedura cui all'articolo 1, comma 544, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provveda ad inserire nei LEA gli accertamenti diagnostici neonatali con l'applicazione dei metodi aggiornati alle evidenze scientifiche disponibili, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie e per la diagnosi delle malattie neuromuscolari genetiche, delle immunodeficienze congenite severe e delle malattie da accumulo lisosomiale.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla normativa citata, con decreto del Viceministro della salute del 17 settembre 2020 e successivo decreto direttoriale del 13 novembre 2020, è stato istituito presso il Ministero della Salute (Direzione generale della Prevenzione sanitaria) il Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso, costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle Istituzioni (Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Regioni) e delle Associazioni di pazienti.

Il Gruppo di lavoro ha completato le attività finalizzate alla prima revisione della lista delle patologie da ricercare attraverso lo screening neonatale con la formulazione della raccomandazione nazionale per l'inserimento nello SNE della Atrofia Muscolare Spinale (SMA), appartenente al gruppo delle malattie neuromuscolari genetiche. La raccomandazione per lo screening neonatale della SMA è stata formulata sulla base delle evidenze scientifiche emerse dalla valutazione di Health Technology Assessment - HTA, realizzata da Agenas, ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della citata legge n. 167/2016.

Allo scopo di concludere l'iter di inserimento nei LEA del percorso di screening neonatale per la diagnosi precoce dell'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), la documentazione informativa prodotta dal Gruppo di lavoro SNE è stata sottoposta ai membri della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale e, nella seduta plenaria del 2 settembre 2021, è stato approvato tale aggiornamento, che modifica l'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" del dPCM 2017.

L'introduzione nello SNE dell'Atrofia Muscolare Spinale all'interno dell'Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" del dPCM 2017 è in linea con quanto riportato dall'articolo 4 del decreto ministeriale 13 ottobre 2016, recante "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie", che definisce il Sistema di screening neonatale come un'organizzazione regionale o interregionale a carattere multidisciplinare composta da vari livelli, deputata a garantire l'intero percorso dello screening neonatale dal test di screening, alla conferma diagnostica, alla presa in carico e al trattamento del neonato, con un coordinamento regionale dell'intero sistema di screening neonatale.

Per quanto riguarda la valutazione dell'impatto economico, l'articolo 1, comma 544, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", ha previsto di incrementare di 4 milioni di euro le coperture finanziarie per la revisione della lista delle malattie da ricercare attraverso lo screening neonatale. Vista la valutazione di Health Technology Assessment - HTA realizzata da Agenas, che include le stime di impatto economico legate all'implementazione del percorso di screening per la SMA, calcolando un costo complessivo annuale che potrebbe variare da €2.020.273 a €2.626.487, il relativo stanziamento di 4 milioni di euro aggiuntivi previsto dalla legge n. 145/2018 appare compatibile con il primo inserimento della SMA nello SNE e pertanto la disposizione non comporta oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 3

(Ausili monouso)

L'articolo 3, comma 1, lettere a), b), c), d), riporta le modifiche isorisorse all'allegato 2 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, contenute nell'allegato "M" al presente decreto.

Il predetto allegato "M" riporta:

- a) gli aggiornamenti concernenti la correzione dei refusi nell'allegato M - foglio M1;
- b) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di denominazione nell'allegato M - foglio M2;
- c) gli aggiornamenti concernenti le modifiche di descrizione nell'allegato M - foglio M3;
- d) gli aggiornamenti concernenti l'inserimento della nota nell'allegato M - foglio M4 onde garantire la massima adattabilità di detti ausili alla conformazione antropometrica del neonato/bambino.

L'allegato 11 "Modalità di erogazione degli dispositivi medici monouso" è modificato all'articolo 1, comma 4, come riportato nell'allegato V.

Le suddette modifiche non comportano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 4
(Assistenza specialistica ambulatoriale)

Il comma 1 dell'articolo 4 riporta le modifiche isorisorse all'allegato 4 e all'allegato 4D al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "B" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di prestazioni (allegato B – foglio B1): si tratta di prestazioni che sostituiscono prestazioni già inserite nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, rispondendo a esigenze clinico diagnostiche più avanzate o che possono essere utilizzate in alternativa ad altre prestazioni, o per le quali sono già previsti stanziamenti da norme vigenti;
- b) modifiche nella descrizione della prestazione (allegato B – foglio B2): vengono inserite precisazioni circa la non associabilità di prestazioni tra loro, la specificazione del contenuto della prestazione (incluso farmaco, incluso esame di base, escluso ANGIO TC, ecc.); sono soppresse o inserite parentesi, virgole, punti. Non solo le modifiche sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN, ma la non associabilità e la migliore specificazione inducendo una maggiore razionalizzazione prescrittiva, sono potenzialmente in grado di ridurre gli stessi. Per quanto attiene alla prestazione di "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie", modificata in "SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI). Si tratta di un volume esiguo di prestazioni, documentato dall'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) in circa 500 pazienti trattati/anno. Pertanto, i maggiori oneri conseguenti all'utilizzo della sedazione per la brachiterapia sono compensati dal minor numero di soggetti che si sottopongono a Brachiterapia di irradiazione corporea o midollare. Inoltre, in questo modo si evita la possibilità di ricoveri inappropriati per l'esecuzione di prestazioni che non possono essere erogate in ambulatorio per la complessità e/o fragilità dei casi trattati;
- c) modifica di codici (allegato B - foglio B3): le modifiche riguardano la mera correzione di codici errati, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate, pertanto sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- d) eliminazione/inserimento di nota H e nota R (allegato B – foglio B4): l'inserimento della nota H per due prestazioni comporta l'obbligo che le stesse prestazioni siano eseguite "*in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure funzionalmente collegati a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura*"; viceversa, l'eliminazione della nota H per alcune prestazioni comporta il venir meno di tale obbligo. La nota R indica che le prestazioni possono essere erogate da strutture appositamente individuate dalle Regioni. In tutti i casi descritti, si tratta di modifiche neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- e) prestazioni eliminate (allegato B – foglio B5): sono soppresse alcune prestazioni o perché tecnicamente obsolete, o perché non più clinicamente significative, o perché nella pratica clinica sono sostituite da altre prestazioni. Si riportano, a titolo di esempio, la Densitometria ossea a ultrasuoni, la Spirometria separata dei due polmoni, l'Ecografia monolaterale della mammella, la ricerca dell'Antigene HDVAg. Le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN o, addirittura, potrebbero comportare una minore spesa per il SSN;
- f) modifica della riconduzione alle branche (allegato B - foglio B6): sono state attribuite ulteriori branche specialistiche in aggiunta alle precedenti. Si precisa che, in via generale, la riconduzione alle branche non comporta di per sé maggiori oneri per il SSN, poiché l'effetto dell'integrazione delle branche a cui ricondurre le prestazioni esiterebbe comunque in più prescrizioni senza conseguente diminuzione del ticket. L'unica variazione di spesa potrebbe

sussistere per la prestazione 39.99.1, per la quale viene aggiunta la branca di Diagnostica per immagini in analogia con la prestazione 39.99.4 già indicata nella stessa branca, e per la prestazione 39.99.5, entrambe eseguite con tecnica ecografica e quindi afferenti alla Diagnostica per immagini/Radiologia oltre che alla Nefrologia. Si tratta, in questo caso, di soggetti in trattamento dialitico per i quali l'allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 prevede in esenzione, secondo le condizioni cliniche individuali, "LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI";

- g) inserimento del nuovo codice G030 "Stato mutazionale prognostico per carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce" nell'allegato 4 GEN colonna E - anatomia patologica (foglio B7): finalizzato all'erogazione appropriata della nuova prestazione 91.61.3.

Si tratta di una prestazione necessaria ad una migliore caratterizzazione del Carcinoma mammario ormonoresponsivo e corredata dalla corrispondente nota che indica le specifiche condizioni di erogabilità e non comporta maggiori oneri per il SSN. L'articolo 1, comma 479, della legge n. 178/2020 ha istituito un fondo con una dotazione di 20 mln di euro per il rimborso diretto delle spese sostenute di test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce. Le risorse sono state allocate sul capitolo 2301 del bilancio di previsione del Ministero della salute attribuito alla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute. Con il successivo Decreto Ministeriale adottato il 18 maggio 2021, la prestazione è stata valorizzata pari a € 2.000, con una previsione di volumi basata sul numero regionale di tumori alla mammella. Il finanziamento di 20 milioni di euro appare congruo;

- h) i nuovi codici della Radioterapia (allegato B – foglio B8) introducono forme aggregate (pacchetti) di prestazioni già presenti nell'allegato 4 del dPCM 12 gennaio 2017, modulati per complessità e intensità crescenti, la cui prescrizione ed erogazione sostituirà le singole prestazioni che, invece, vengono eliminate. Questo consentirà maggiore aderenza alle necessità terapeutiche della specifica condizione clinica in termini di appropriatezza delle prestazioni, senza impegno di risorse aggiuntive per il SSN. La correlazione tra ogni singolo pacchetto e le prestazioni che vi sono contenute è resa disponibile alle Regioni e alle Aziende del SSN in uno specifico allegato al presente decreto utilizzabile esclusivamente a fini amministrativo contabili. La tariffa associata a ciascun pacchetto di radioterapia è stata determinata dalla sommatoria delle tariffe di tutte prestazioni che compongono il pacchetto già contenute nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017. Le prestazioni necessarie, definite per una singola seduta nell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017, sono state moltiplicate in via prudenziale per il numero massimo di sedute esplicitato dalla descrizione della singola prestazione del relativo pacchetto. Inoltre, in presenza di prestazioni alternative è stata considerata una tariffa indice che assume per lo più il valore massimo osservabile tra le prestazioni considerate. Di seguito un prospetto sintetico delle tariffe:

Tipo_Agg	CODICE	DESCRIZIONE	NUMERO NOTA	Branca 1	Tariffa
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.1	Piano di cura cat. A		Radioterapia	614,55 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.2	Trattamento breve cat. A 1-5 sedute		Radioterapia	391,80 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.3	Trattamento corto cat. A 6-10 sedute		Radioterapia	765,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.4	Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute		Radioterapia	1.448,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2A.5	Trattamento lungo cat. A >20 sedute		Radioterapia	1.759,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.1	Piano di cura cat. B		Radioterapia	819,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.2	Trattamento breve cat. B 1-5 sedute		Radioterapia	1.280,80 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.3	Trattamento corto cat. B 6-10 sedute		Radioterapia	2.543,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.4	Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute		Radioterapia	4.695,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2B.5	Trattamento lungo cat. B >20 sedute		Radioterapia	5.605,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.1	Piano di cura cat. C		Radioterapia	1.100,90 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.2	Trattamento breve cat. C 1-5 sedute		Radioterapia	5.945,30 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.3	Trattamento corto cat. C 6-10 sedute		Radioterapia	7.442,76 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.4	Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute		Radioterapia	9.133,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2C.5	Trattamento lungo cat. C >20 sedute		Radioterapia	11.261,50 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.1	Piano di cura cat. D		Radioterapia	2.841,40 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.2	Trattamento breve cat. D 1-5 sedute		Radioterapia	7.410,97 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.3	Trattamento corto cat. D 6-10 sedute		Radioterapia	9.918,00 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.4	Trattamento intermedio cat. 11-20 sedute		Radioterapia	11.733,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.2D.5	Trattamento lungo cat. D >20 sedute		Radioterapia	13.924,00 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3A.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	859,55 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3A.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.441,75 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3A.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	1.641,75 €
NUOVA PRESTAZIONE	92.3B.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	947,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3B.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.697,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3B.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.197,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	1.047,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	1.947,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3C.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.547,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.1	Trattamento breve <2 sedute		Radioterapia	1.147,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.2	Trattamento intermedio 3-6 sedute		Radioterapia	2.197,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.3D.3	Trattamento lungo > 6 sedute		Radioterapia	2.897,15 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.1	Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia	2.186,45 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.2	Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia	3.591,20 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4C.3	Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia	4.527,70 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.1	Trattamento breve (1 seduta)		Radioterapia	1.825,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.2	Trattamento intermedio 2-3 sedute		Radioterapia	3.636,95 €
NUOVA PRESTAZIONE (in sostituzione di prestazioni già presenti allegato 4 - vedi foglio 4 RAD)	92.4D.3	Trattamento lungo > 3 sedute		Radioterapia	5.447,95 €

- i) attribuzione di nuove indicazioni di appropriatezza prescrittiva ad alcune prestazioni, precedentemente prive di note (allegato B – foglio B9): le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN e, addirittura, potrebbero essere in grado di indurre una minore spesa in quanto riducono potenzialmente il numero dei beneficiari;
- j) modifica di alcune indicazioni di appropriatezza prescrittiva/condizione di erogabilità (allegato B – foglio B10) con la riduzione o l'ampliamento delle patologie per il cui trattamento la prestazione è appropriatamente prescritta: si tratta di indicazioni in grado di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e quindi potenzialmente in grado di indurre una razionalizzazione delle risorse; tuttavia, poiché si tratta di indicazioni non vincolanti per i medici prescrittori, il loro effetto in termini di effettiva riduzione della spesa non è stimabile.

Di seguito, si descrivono dettagliatamente le prestazioni, caratterizzate da una maggiore significatività in termini di appropriatezza e relative ad un fabbisogno assistenziale inespresso che è necessario colmare, inserite nell'allegato B:

RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE

È una procedura abitualmente erogata in DH, che si potrà eseguire in regime ambulatoriale. Il suo inserimento in specialistica ambulatoriale consente una riduzione della spesa a carico del SSN perché il setting erogativo è teoricamente meno oneroso. Più precisamente, viene trasferita la procedura 042, il cui costo in ambulatoriale è verosimilmente più basso della media dei DRG. Filtrando la procedura principale 042 come intervento principale ed escludendo tutte le altre procedure in regime di DH, la totalità delle prestazioni è valorizzata ad € 200, pertanto la tariffa da assegnare a questa prestazione sarà di € 200.

MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1) - MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14) - MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)

Attualmente nel nomenclatore sono presenti i tre codici (42.33.1, 43.41.1, 45.30.1) indifferentemente utilizzati per la mucosectomia e la polipectomia. Sono state definite e tariffate separatamente le 3 prestazioni di mucosectomia (esofago, duodeno, stomaco) e le 3 di polipectomia (esofago, duodeno, stomaco). L'impatto non comporta oneri perché la composizione attuale delle tariffe dei tre codici sopra indicati è una combinazione del volume dei due trattamenti presi separatamente. Di fatto, la tariffa dell'emanando decreto di € 194,4 è perfettamente scomponibile nel 60,48% delle prestazioni di Polipectomia per un valore di € 60 e nel 39,52% di mucosectomia per un valore di € 400. Pertanto, si tratta di una scomposizione delle tariffe da 3 a 6.

MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE - MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE

Un recente studio di *Health Technology Assessment* (HTA) curato da SDA Cergas Bocconi e costituito da una analisi di minimizzazione dei costi della Multispettrometria ecografica per la diagnosi di osteoporosi indica che il suo uso è associato a costi sanitari inferiori rispetto alla tecnica DXA a raggi X, con conseguente risparmio per il SSN.

I risultati di tale analisi di minimizzazione dei costi, condotta dal punto di vista del SSN italiano, suggeriscono che l'approccio ecografico a radiofrequenza è associato a costi sanitari diretti inferiori rispetto a DXA. Considerando lo scenario base, i costi correnti medi per la Multispettrometria ecografica REMS ammontano a €77,0 per REMS (€31,9 per il tempo dedicato

dal personale sanitario e amministrativo e €45,1 per esami strumentali aggiuntivi ed esami di laboratorio) e a €117,0 per DXA (€48,8 per il tempo dedicato da personale sanitario e amministrativo e €68,2 per esami strumentali aggiuntivi ed esami di laboratorio). Anche i costi una tantum risultano inferiori per l'approccio REMS: €357,4 contro €1.169,0 per la formazione, e €32.833 contro €45.000 per l'acquisto del dispositivo. I risultati suggeriscono quindi che l'utilizzo di REMS in alternativa a DXA comporterebbe un risparmio per il SSN di €40 in termini di costi correnti (per ogni diagnosi) e di €12.979 in termini di costi una tantum.

Secondo l'analisi di sensibilità deterministica e probabilistica, il parametro che ha il maggiore impatto sui costi tra la REMS e l'esame convenzionale DXA è rappresentato dal tempo dedicato dai medici per la diagnosi. In particolare, per questo parametro, il costo della REMS varia da €65.4 (limite minimo) a €99.8 (limite massimo), mentre il costo della DXA varia da €108.2 a €134.1. Inoltre, i tre parametri che spiccano per il maggiore risparmio sui costi della Multispettrometria ecografica rispetto alla DXA sono il tempo dedicato dal personale amministrativo (risparmio da € 49.8 a €36.2), dai medici (risparmio da € 42.7 a €34.2) e dai tecnici radiologi (risparmio da € 45.2 a €37.4).

Le apparecchiature di densitometria ossea a raggi X (DXA-MOC) non sono comprese nell'elenco di sette tipologie di apparecchiature sanitarie inserire nel "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate" istituito con Decreto del Ministro della salute del 22 aprile 2014.

I costi una tantum dichiarati dal richiedente sono i seguenti:

	Formazione	Acquisto
REMS	€357.4	€32.833
DXA	€1.169.0	€45.000

Sulla base degli studi sopra descritti, quale valore tariffario per le nuove prestazioni pare ragionevole ipotizzare il valore attuale della tariffa attribuita alle prestazioni di densitometria ossea a raggi X (DXA):

- 88.99.6 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE € 31,50
- 88.99.7 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE € 31,50
- 88.99.8 DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE € 31,50

Si può così prudenzialmente affermare che l'inserimento delle prestazioni è senza oneri per la finanza pubblica.

ALBUMINA GLICATA

Si tratta dell'inserimento nell'allegato 4 della prestazione "90.05.6 Albumina glicata" con la relativa condizione di erogabilità Nota 113: "*Non indicato a fini diagnostici, prescrivibile solo per il monitoraggio glicemico di pazienti con condizioni che possono interferire con le concentrazioni di emoglobina glicata (HbA1c)*":

1) Pazienti con diabete mellito in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c), limitatamente alle seguenti condizioni:

- pazienti con emoglobinopatia
- pazienti con emoglobina < 10 g/dl
- gravidanza;

2) Pazienti con diabete gestazionale in ALTERNATIVA all'esecuzione di emoglobina glicata (HbA1c)".

Si rileva che la prestazione è prescrivibile esclusivamente in alternativa all'Emoglobina glicata ed esclusivamente nelle condizioni cliniche definite dalla "condizione di erogabilità" (Nota 113).

La tariffa dell'albumina glicata è stata associata alla prestazione di fruttosamina. Dall'analisi dei nomenclatori regionali, il valore centrale (media aritmetica della media geometrica, moda e mediana) è pari a 2,8 euro.

Ai fini della valutazione dei costi si precisa che la popolazione italiana con diabete noto è stimata in circa 3,5 milioni di persone nell'anno 2020; l'epidemiologia delle anemie varia ampiamente da una popolazione all'altra e per le varie fasce di età ed è influenzata da eventuali comorbilità. Ipotizzando che i pazienti con emoglobina inferiore a 10 g/dl e/o con emoglobinopatie siano, al massimo, il 3% del totale, con due determinazioni all'anno di albumina glicata si può stimare un massimo di 210.000 determinazioni annue.

Il diabete gestazionale è presente in circa il 6-7% delle gravidanze; su un totale di circa 400.000 nuovi nati all'anno in Italia, è possibile stimare circa 28.000 casi di diabete gestazionale. Con 4 determinazioni di albumina glicata per ciascuna gravidanza (una al mese per gli ultimi 4 mesi), potrebbero essere prescritti circa 112.000 esami all'anno.

Inoltre, dagli studi di letteratura è possibile stimare la frequenza di misurazione dell'emoglobina glicata in presenza di diabete o in persone a rischio di svilupparlo; dopo la diagnosi di diabete, ogni 3-4 mesi o almeno 2 volte l'anno, per il monitoraggio del controllo glicemico, nel caso in cui venga variata la terapia.

Considerando solo il secondo gruppo di pazienti con diabete gestazionale (la stima del primo cluster è poco affidabile e incompleta perché riferita solo a pazienti con emoglobina < 10g/dl) e partendo dalla stima CNEC di 28.000 pz con 4 esami negli ultimi 4 mesi di gravidanza, si ottengono 112.000 determinazioni /annue che, moltiplicate per la tariffa di 2,8 euro, portano a un impatto di 313.600 euro. Gli stessi 28.000 pazienti, sulla base delle condizioni di prescrivibilità sopra richiamate, non faranno più 4 volte l'emoglobina glicata che ha una tariffa invece di 3,5 euro. Pertanto il risparmio che si ottiene è pari a 392.000 euro. L'effetto netto è di -78.400 euro.

Ad ogni modo, anche considerando la frequenza minima di 2 volte l'anno e considerando anche solo la stima dei pazienti con emoglobina < 10g/dl, si avrebbe comunque un risparmio.

Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili, è possibile affermare che l'inserimento della prestazione in questione è iso-risorse.

MAMMOGRAFIA MONO E BILATERALE SENZA O CON MDC

Si tratta dell'inserimento della mammografia con mezzo di contrasto (CEM) tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale (allegato 4 al dPCM LEA 12 gennaio 2017). La metodica combina le informazioni morfologiche della mammografia digitale con quelle funzionali grazie all'utilizzo del mezzo di contrasto iodato per la valutazione della neoangiogenesi tumorale, analogamente alla risonanza magnetica (RM). La Società scientifica dichiara che la CEM è effettuabile in ogni radiologia in cui esista un mammografo digitale di nuova generazione, è meno costosa rispetto alla Risonanza magnetica mammaria, le cui apparecchiature sono molto meno presenti sul territorio. Inoltre, la stessa Società Scientifica valuta che l'introduzione della CEM ridurrebbe notevolmente le richieste e quindi le liste di attesa per la RM. In particolare, si determinerebbe quindi anche una generale riduzione dei costi per il SSN.

Per la determinazione della tariffa, si è ragionato analogamente a quanto già contenuto nella relazione tecnica di aggiornamento delle tariffe massime di specialistica ambulatoriale. Per prestazioni analoghe che avevano in più il mezzo di contrasto, si è deciso di mantenere una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che ne prevedono l'utilizzo rispetto alle relative prestazioni di base. Tale incremento è pari a 1,6 volte la prestazione che non la prevede. Pertanto:

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	con incremento % MDC	% volumi	tariffa pesata
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,85	€ 55,76	94%	52,41 €
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,95	€ 36,72	6%	2,20 €
					54,62 €

Sulla base delle considerazioni sopra esposte e del relativo calcolo la tariffa risulta pari a 54,6 euro. Tale valore conferma la valutazione di impatto isorisorse, in quanto risulta più basso della risonanza magnetica prescrivibile in alternativa.

Sono inoltre apportate modifiche puramente nominalistiche – formali, quindi neutrali sotto il profilo economico-finanziario, di seguito riportate:

- a) nell'Allegato Genetica Colonna "E": ANATOMIA PATOLOGICA, la condizione di erogabilità "Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2" associata alla prestazione G006 è sostituita dalla seguente "Carcinoma della mammella suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2";
- b) nei paragrafi 2 e 3 dell'allegato 4C, in corrispondenza del titolo "Prestazioni", le parole "riportate nell'allegato 1" sono sostituite dalle parole "nell'allegato 4"; nel paragrafo 2 del medesimo allegato è soppressa la lettera b) "il trattamento della patologia cariosa" e alla voce "b) altre prestazioni" le parole "grado 5° dell'indice IOTN" sono sostituite dalle seguenti "grado 4° e 5° dell'indice IOTN".

Art 5 (Assistenza protesica)

All'allegato 5 del dPCM 12 gennaio 2017 si provvede ad aggiornare la definizione degli ausili degli elenchi 1, 2A, 2B in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 05/04/2017.

Il comma 2 dell'articolo 5 del decreto ministeriale rinvia alle modifiche isorisorse dell'allegato 5 al dPCM 12 gennaio 2017 contenute nell'allegato "C" al presente decreto, e riconducibili alle seguenti tipologie:

- a) inserimento di nuove prestazioni nell'elenco 2A (C 2A.1): sono state introdotte anche per gli apparecchi acustici le riparazioni prescrivibili, che non comportano oneri aggiuntivi;
- b) modifiche nella denominazione: sono state introdotte modifiche nella denominazione delle prestazioni incluse negli elenchi 1 (C1.1) e 2B (C2B.1);
- c) modifiche nella descrizione: sono state inserite precisazioni circa le caratteristiche dei dispositivi, le dimensioni di alcuni componenti o dei materiali di realizzazione, ridefinizione di alcuni tempi minimi di rinnovo, incluse negli elenchi 1 (C1.2), 2A(C2A.2) e 2B (C2B.2);
- d) modifica di codici: le modifiche riguardano la mera correzione di codici identificativi dei dispositivi, necessari ai controlli amministrativi delle prestazioni prescritte ed erogate negli elenchi 1 (C1.3), 2A(C2A.3) e 2B (C2B.3), pertanto sono neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- e) modifica nota: nell'elenco 2B (C2B.4) è stata modificata una nota in considerazione dell'eliminazione di una prestazione, si tratta di una modifica neutrale sotto il profilo degli oneri per il SSN;
- f) prestazioni eliminate: sono soppresse negli elenchi 1 (C1.4) e 2B (C2B.5) alcune prestazioni o perché tecnicamente obsolete, o perché sostituite da altre prestazioni. Le modifiche sono sostanzialmente neutrali sotto il profilo degli oneri;

Di seguito, si descrivono dettagliatamente le prestazioni, caratterizzate da una maggiore significatività in termini di appropriatezza e relative ad un fabbisogno assistenziale inespresso che è necessario colmare, inserite nell'allegato C2B "Ausili di serie pronti all'uso".

Per meglio specificare e allineare la descrizione della protesi nel nomenclatore in allegato 5 con quanto già disposto dall'articolo 18 del dPCM 12 gennaio 2017, si modificano i seguenti codici del suddetto allegato: 06.30.18.003 - protesi mammaria esterna provvisoria atta a ripristinare una visione

anatomico-estetica del corpo per assistite con malformazione congenita, che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria o dopo un intervento radicale di mastectomia, da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'operazione e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico; nella misura dalla 1 alla 8, ambidestre.

Sempre nell'elenco 2B "ausili di serie pronti all'uso" è stata inserita un'integrazione descrittiva al codice 06.30.18.006 - protesi mammaria esterna definitiva atta a ripristinare una visione anatomico-estetica del corpo "*per assistite con malformazione congenita che comporti l'assenza o l'ipoplasia, quando conseguente a MR inclusa nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria*" e al codice 06.30.18.009 - protesi mammaria esterna parziale dispositivo a conformazione variabile in relazione alla forma della lesione chirurgica (anche definiti "segmenti compensativi"), "*per assistite che hanno subito interventi di quadrantectomia o in caso di malformazione congenita di una o entrambe le mammelle conseguente a MR*".

Non si prevedono maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto già ad oggi le protesi mammarie sono a carico del SSN per le assistite con malformazione congenita che interessi la ghiandola mammaria. L'inserimento ha solo carattere esplicativo del fatto che la malformazione è da intendersi anche conseguente a MR.

L'ALLEGATO 12 "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTETICA" è integrato in alcuni commi al fine di renderlo coerente con le modifiche introdotte nella modalità di erogazione a tariffa della prestazione relativa agli ausili per l'udito (elenco 2A classe 22.06). Tali modifiche, che sono riportate nell'allegato V al presente decreto ministeriale, non comportano oneri aggiuntivi per quanto di seguito rappresentato.

Nella Relazione tecnica che accompagna il dPCM LEA del 12 gennaio 2017, si stima che l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale (per la prescrizione dei quali è previsto un preciso intervallo di perdita uditiva) determini un incremento di spesa per il SSN di circa 125 mln di euro. Il metodo di calcolo adottato è il seguente: è considerata una platea di 160.000 persone con perdita uditiva compresa nell'intervallo definito di 55dB (ossia i 2/3 della popolazione italiana con sordità che corrisponde al 4 per mille), un tasso binaurale pari ad 1,88 (che indica che la quasi totalità della platea necessita di due dispositivi destro-sinistro), ed un incremento di spesa per dispositivo (da analogico a digitale) pari a 400 euro (1.000 euro quale prezzo degli ausili digitali preso a riferimento rinvenuto nei contenuti dell'accordo INAIL – ANA – ANAP del 30 novembre 2012 – 600 euro quale tariffa media vigente degli ausili analogici). Ne deriva che l'incremento di spesa atteso risulta essere pari a 120.320.000 euro ($160.000 * 1,88 * 400,00$), importo poi arrotondato a 125 milioni di euro. Da quanto sopra consegue che la spesa per gli ausili acustici già finanziata ante dPCM LEA 2017 dovrebbe determinarsi in 180.480.000 euro ($160.000 * 1,88 * 600,00$). Da qui si può ricavare la spesa complessiva finanziata con l'introduzione del dPCM 12 gennaio 2017, pari a 305.480.000 euro (125.000.000 euro + 180.480.000 euro). Va ricordato, tuttavia, che nella stessa relazione tecnica, il passaggio per tali ausili dal regime tariffario a quello che prevede l'adozione delle ordinarie procedure di acquisto previste dalle norme in materia, per effetto del trasferimento dall'attuale elenco dei dispositivi su misura all'elenco dei dispositivi in serie, ha consentito di scontare un risparmio pari al 25% dei costi che in valore assoluto è stato quantificato da una rilevazione ministeriale in 21,9 mln di euro. Da tutto quanto sopra può concludersi che oggi la spesa complessiva attesa e finanziata, in corrispondenza di quanto stabilito con il dPCM LEA 2017, si attesta a 283.580.000 euro annui. Nel premettere che non è disponibile, ad oggi, un flusso informativo strutturato dedicato all'intero panorama degli ausili acustici, si può comunque giungere alle seguenti conclusioni. La soluzione formulata nel prevedere un ritorno della remunerazione a tariffa per detti dispositivi acustici, propone una riduzione delle tariffe già esistenti corrispondenti alle fasce di dispositivi di Gruppo 1 e 2 (analogici) e, soprattutto, nuove tariffe per i dispositivi digitali retroauricolari per adulti e per bambini nella misura, rispettivamente, di 665 euro e 1.263 euro per dispositivo, comprensive dei costi per l'applicazione del dispositivo, dell'addestramento all'uso, dell'assistenza iniziale comprensiva di eventuali modifiche post-collaudato, delle verifiche periodiche di funzionalità, ed in genere del follow-

up. A ciò si aggiunge una estensione della garanzia sui prodotti valida per 2 anni (attualmente la validità è di 1 anno) e la richiesta di tariffare nuovamente anche le riparazioni comprensive della mano d'opera. Atteso che la relazione tecnica che accompagnava il dPCM LEA del 12 gennaio 2017 individuava una platea di 160.000 soggetti con un tasso binaurale pari a 1,88, si può prevedere la necessità per il SSN di garantire una offerta di 300.800 dispositivi. Ipotizzando altresì che (ipotesi peraltro realistica) l'offerta riguardi per intero dispositivi acustici digitali, per prevedere la spesa bisognerà moltiplicare il numero dei dispositivi da offrire per la tariffa da introdurre, assumendo che il 95% dei dispositivi sia riferito a pazienti adulti ed il 5% a pazienti minori. Dal calcolo descritto si determinerà un onere di 209 mln di euro ($300.800 * 0.95 * 665 + 300.800 * 0.05 * 1263$). Aggiungendo a tale onere una stima di circa 8 milioni di euro di oneri per accessori per l'applicazione via aerea e 12 mln di euro circa per la tariffazione delle riparazioni (analoga ai livelli previgenti al DPCM LEA 2017) esposta nella tabella posta alla fine del presente articolo, si determinerebbe una spesa attesa annua di 229 mln di euro a cui aggiungere gli oneri relativi all'IVA stimati in circa 9,1 mln di euro, per un totale di 238,1 mln di euro annui. La proposta sopra descritta nelle sue linee essenziali non determina oneri aggiuntivi per il SSN rispetto alla legislazione vigente. Tutto ciò riuscendo a garantire agli assistiti del SSN una dotazione di ausili acustici digitali in luogo degli ausili acustici analogici ormai obsoleti. L'invarianza di spesa trova poi conferma anche nella tariffazione negli apparecchi acustici ad occhiale e retroauricolari (gruppo 1 e gruppo 2), ridotta del 25% rispetto alla tariffazione ante DPCM 2017, e alla conferma delle tariffe previgenti al DPCM LEA 2017 relative agli accessori per applicazione via aerea e via ossea. Permane, infine, l'attuale regime di acquisto, mediante gara, come previsto da DPCM LEA 2017 e precedenti, per gli apparecchi connessi a dispositivi impiantabili atteso che il mondo cocleare ha caratteristiche intrinseche sia di prodotto sia di modalità distributive che rendono alquanto complesso l'adattamento ad un modello di acquisto a tariffa. Caratteristiche come l'assenza di una rete indiretta di distribuzione e di assistenza, ma soprattutto la presenza di un vincolo tecnologico tra la nuova prestazione (sostituzione o riparazione di esoprotesi completa e componentistica) e la tecnologia di endoprotesi già impiantata nel paziente. Nella tabella seguente sono riportate le nuove tariffe.

CODICE	DESCRIZIONE	Valore tariffario
22.06.15.003	A.C retroauricolare via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.006	A.C retroauricolare via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.003	A.C ad occhiale via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.006	A.C ad occhiale via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.009	A.C retroauricolare via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.012	A.C retroauricolare via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.009	A.C ad occhiale via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.012	A.C ad occhiale via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.018	A. retroauricolare digitale (sordità pre e periverbali)	1.263,00 €
22.06.15.021	A. retroauricolare digitale	665,00 €
22.06.91.103	Auricolare in materiale rigido	33,60 €
22.06.91.106	Auricolare in materiale morbido	37,50 €
22.06.91.109	Archetto monoaurale e binaurale	31,00 €
22.06.91.115	Vibratore bipolare o tripolare	75,00 €
22.06.91.121	Cavetto bipolare e tripolare	10,00 €
22.06.00.503	manodopera e revisione (compresa minuteria). Per ciascun apparecchio, al prezzo dei singoli componenti, va aggiunto l'importo della manodopera complessiva computato una sola volta	28,80 €
22.06.00.506	trasduttore d'ingresso: microfono omnidirezionale	48,25 €
22.06.00.509	trasduttore d'ingresso: microfono direzionale	61,50 €
22.06.00.512	trasduttore d'ingresso: kit ingresso audio	19,40 €
22.06.00.515	trasduttore d'ingresso: bobina telefonica	32,35 €
22.06.00.518	trasduttore d'uscita: ricevitore bipolare	48,55 €
22.06.00.521	trasduttore d'uscita: ricevitore tripolare	61,50 €
22.06.00.524	trasduttore d'uscita: vibratore bipolare	48,45 €
22.06.00.527	trasduttore d'uscita: vibratore tripolare	61,50 €
22.06.00.529	trasduttore d'uscita: ricevitore RIC e BTE	100,00 €
22.06.00.530	involucri per retroauricolari	25,90 €
22.06.00.533	involucri per occhiali, escluso il frontale	48,55 €
22.06.00.539	regolatori di funzione: potenziamento di volume	30,95 €
22.06.00.542	regolatori di funzione: commutatore di funzioni (O/T/M, M/MT/T, ecc.)	35,45 €
22.06.00.545	regolatori di funzione: trimmer	17,45 €
22.06.00.548	regolatori di funzione: bobina telefonica	12,25 €
22.06.00.551	regolatori di funzione: alloggi pila e copricomandi	6,45 €

Art. 6
(DRG ad alto rischio di non appropriatezza)

L'articolo 6 rinvia alle modifiche dell'allegato 6A al dPCM 12 gennaio 2017 che viene modificato/integrato secondo quanto indicato nell'allegato "N" al presente decreto. L'applicazione di

tale modifica, che incrementa il numero dei DRG a rischio di inappropriately in ricovero ordinario, è in grado di indurre una riduzione di spesa per il minore ricorso a ricoveri inappropriati per tali DRG.

Art. 7
(Esenzione per Malattie rare)

L'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017, "ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO", è modificato e integrato secondo quanto indicato nell'allegato R - fogli da R1a R6.

Si tratta di gravissime patologie per le quali i pazienti affetti già usufruiscono di esenzione per invalidità civile e il cui inserimento ha lo scopo di migliorarne l'assistenza. Le modifiche risultano pertanto neutrali sotto il profilo degli oneri per il SSN.

1) Inserimento di nuove malattie e/o gruppi.

- a) Inserimento delle "ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE" (codice RFG102).
- b) Inserimento delle "DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO – ATPasi" (codice RNG140).
- c) Inserimento delle "MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO" (codice RIG030).
- d) Inserimento della KAWASAKI, MALATTIA DI, limitatamente alle classi di rischio AHA III-IV-V (esenzione da riconfermare dopo 5 anni) (codice RG0041". Si tratta di un reinserimento di patologia già presente nel vecchio elenco allegato al DM n. 279/2001, i cui affetti allo stato attuale possono già godere di una esenzione per patologia cronica ed invalidante (codice 002) e pertanto risulta neutrale sotto il profilo degli oneri per il SSN. Inoltre, viene introdotta la limitazione alle classi di rischio AHA III-IV-V e la possibilità di non riconfermare l'esenzione dopo 5 anni che si traduce nella riduzione degli aventi diritto.
- e) Inserimento della SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITÀ CAPILLARE (codice RG0130). Viene anche inserito il rispettivo sinonimo CLARKSON, MALATTIA DI. Si tratta di pazienti che già usufruiscono di esenzione per invalidità civile e quindi non comportano maggiori oneri per il SSN.
- f) Inserimento della "SPINA BIFIDA, NELLE FORME CLINICHE DI MENINGOCELE E MIELOMENINGOCELE" (codice RN0071). Si tratta di forme gravi e invalidanti di condizioni i cui affetti già possono usufruire del codice per malattia rara RNG01. La modifica costituisce una più accurata e specifica definizione diagnostica e pertanto non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
- g) Inserimento della RI0090 INSUFFICIENZA INTESTINALE CRONICA BENIGNA (IICB) limitatamente alle forme cliniche tipo II e tipo III (esenzione da riconfermare dopo 2 anni per le forme irreversibili).

2) Modifica della denominazione di singole malattie/gruppi

- a) La definizione "PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA (*esenzione di durata pari a 5 anni, rinnovabile*)" (codice RC0040) viene sostituita con "PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA "durata di esenzione fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi". Viene quindi introdotta la limitazione dell'esenzione fino ai 14 anni compiuti per le femmine e a 15 anni compiuti per i maschi, senza possibilità di riconfermare l'esenzione dopo 5 anni. Tale modifica comporta la riduzione degli aventi diritto e pertanto non solo non comporta oneri aggiuntivi per il SSN, ma potrebbe tradursi in un risparmio.
- b) La definizione "LIPODISTROFIA TOTALE" (codice RC0080) viene sostituita con la nuova definizione "SINDROMI LIPODISTROFICHE (escluso: forme secondarie localizzate e HIV correlate)". La modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
- c) La definizione "ANEMIE EREDITARIE (escluso: deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi)" (codice RDG010) viene sostituita con "ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%)".

La modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.

3) Inserimento di nuovi esempi di malattia (ed eventuali sinonimi) afferenti al gruppo, la cui modifica non comporta oneri aggiuntivi per il SSN, in quanto i pazienti affetti possono già usufruire dei codici di esenzione esistenti. Dal punto di vista del paziente affetto e degli specialisti, inoltre, la modifica risponde ad una più accurata e specifica definizione diagnostica.

- a) Sindrome di Allan-Herndon-Dudley all'interno del nuovo codice di gruppo RFG102 ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE.
- b) Sindrome di PITT HOPKINS all'interno del codice di gruppo esistente RNG121 SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE.
- c) COLANGITE BILIARE PRIMITIVA all'interno del nuovo codice di gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- d) EPATITE AUTOIMMUNE all'interno del nuovo codice di gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- e) MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, SINDROME DI all'interno del codice di gruppo esistente RNG264 ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO.
- f) PHELAN McDERMID, SINDROME DI all'interno del codice di gruppo esistente RNG090 SINDROMI DA RIARRANGIAMENTI STRUTTURALI SBILANCIATI CROMOSOMICI E GENOMICI.
- g) MACRODATTILIA PIK3CA CORRELATA all'interno del codice di gruppo esistente RNG093 SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CARATTERIZZATE DA UN ACCRESCIMENTO PRECOCE ECCESSIVO.
- h) NEUROFIBROMATOSI tipo 1 (sinonimo: MALATTIA DI VON RECKLINGHAUSEN); NEUROFIBROMATOSI tipo 2 (sinonimo: NF2); NEUROFIBROMATOSI tipo 3 (SCHWANNOMATOSI) all'interno del codice di gruppo già esistente RBG010 NEUROFRIMATOSI.
- i) ANEMIA EMOLITICA CRONICA NON SFERO CITICA DA DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI (con attività enzimatica < 10%) all'interno del codice di gruppo già esistente RDG010 ANEMIE EREDITARIE (Escluso: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI con attività enzimatica > 10%)

4) Spostamento di malattie in altri gruppi.

Si tratta di malattie già presenti nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017 che vengono trasferite in gruppi di malattie di nuovo inserimento.

- a) SINDROME DI DRAVET (RF0061), LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI (RN1520), LENNOX-GASTAUT, SINDROME DI (RF0130) e WEST SINDROME DI (RF0140) vengono trasferite nel gruppo RFG102 ENCEFALOPATIE DI SVILUPPO ED EPILETTICHE.
- b) COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE (RI0050) viene trasferita nel gruppo RIG030 MALATTIE AUTOIMMUNI DEL FEGATO.
- c) La Malattia di Darier viene trasferita nel gruppo RNG140 DERMATOSI ACANTOLITICHE AUTOSOMICHE DOMINANTI DEL CALCIO - ATPasi

5) Inserimento di nuovi sinonimi di malattie:

- a) Inserimento del nuovo sinonimo WALDMANN, MALATTIA DI (codice RC0140) relativo alla LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA (codice RI0080);
- b) Inserimento del nuovo sinonimo "DISAUTONOMIA FAMILIARE" relativo alla NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3 (codice RFG060);
- c) Inserimento del nuovo sinonimo "CLARKSON, MALATTIA DI" relativo alla SINDROME SISTEMICA DA AUMENTATA PERMEABILITA' CAPILLARE (codice RG0130).

Le modifiche rispondono a necessità puramente semantiche e classificatorie e sono assolutamente neutrali dal punto di vista degli oneri a carico del SSN.

6) Eliminazione di esempi di malattie.

La modifica riguarda l'eliminazione di due esempi di malattie afferenti al gruppo RCG084 – MALATTIE PEROSSISOMIALI già presenti nell'allegato 7 al dPCM 12 gennaio 2017:

- a) ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE
- b) ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED.

La modifica non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.

Art. 8

(Esenzioni per malattie croniche e invalidanti)

L'articolo 8 riporta le modifiche dell'allegato 8 al dPCM 12 gennaio 2017 secondo quanto indicato nell'allegato "D" al presente decreto.

1. Modifica della denominazione di singole malattie o condizioni riportata nell'allegato D – foglio D1 al presente decreto: la definizione "nanismo ipofisario" (codice di esenzione 039) viene modificata in "Deficit di ormone della crescita [GH]". Il cambiamento della denominazione della patologia non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
2. Modifica della descrizione di alcune prestazioni esenti riportate nell'allegato D – foglio D2. La modifica riguarda la descrizione delle prestazioni esenti contenute nell'allegato 8 in cogenza con le modifiche introdotte dall'allegato sulla specialistica ambulatoriale e non comporta oneri aggiuntivi per il SSN.
3. Modifica degli elenchi delle prestazioni esenti riportati nell'allegato D - foglio D3:
 - a) per il diabete mellito (codice 013) è prevista l'introduzione della nuova prestazione esente 95.11 "FOTOGRAFIA DEL FUNDUS: incluso refertazione" prescrivibile in alternativa alla prestazione già presente 95.02 "PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA"; la prescrivibilità in esenzione dell'una o dell'altra, in alternativa, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente non comporta oneri aggiuntivi per il SSN; inoltre è prevista l'introduzione della nuova prestazione esente "90.05.6 - ALBUMINA GLICATA" con condizione di erogabilità nota 113, in alternativa alla prestazione già presente "90.28.1 Hb - EMOGLOBINA GLICATA". La prescrivibilità in alternativa dell'una o dell'altra prestazione, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN in considerazione del simile valore tariffario delle due prestazioni;
 - b) per l'epatite cronica (attiva) (codice di esenzione 016) la modifica della condizione di erogazione in esenzione da "In caso di trattamento con Interferone" a "In caso di trattamento" corrisponde ad una più attuale definizione e risponde a criteri di appropriatezza in quanto il trattamento con interferone non è più utilizzato. Pertanto, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN;
 - c) per l'epilessia (codice 017) la prestazione esente 87.03 "TC CRANIO-ENCEFALO non associabile a TC Sella Turcica (cod. 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)" è stata sostituita con la prestazione 88.91.1 "RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM", lasciando in esenzione la prestazione 87.03 "*Limitatamente ai casi in cui non sia possibile eseguire la prestazione 88.91.1*" (es. per l'insorgenza di crisi epilettiche in corso di RM). Tale modifica, che corrisponde all'esigenza di concedere in esenzione la prestazione attualmente più appropriata ed efficace per il monitoraggio della malattia, non comporta oneri aggiuntivi per il SSN in termini di mancato introito dal ticket;

- d) per il Lupus eritematoso sistemico (codice 028) la prestazione esente 93.11.D viene sostituita dalla prestazione 93.11.E. Si tratta della correzione di un refuso che non comporta oneri aggiuntivi per il SSN;
- e) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035), la prestazione esente 87.03.1 *“TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (Cod. 87.03.D)”* è stata sostituita con la prestazione 88.91.L *“RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)”*. Essendo entrambe le prestazioni soggette al pagamento del ticket in misura massima, la sostituzione non comporta maggiori oneri per il SSN in termini di mancato introito da ticket;
- f) per il Morbo di Basedow e altre forme di Ipertiroidismo (codice 035) le prestazioni esenti *“90.54.4 - ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)”* e *“90.51.4 ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)”* sono state sostituite con la prestazione *“90.53.5 ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH”*. Essendo entrambe le prestazioni soggette al pagamento del ticket in misura massima, la sostituzione non comporta maggiori oneri per il SSN in termini di mancato introito da ticket;
- g) per il Deficit di ormone della crescita [GH] (codice di esenzione 039) le prestazioni esenti *“90.11.4 CALCIO TOTALE”* e *“90.35.1 ORMONE SOMATOTROPO (GH)”* sono state sostituite con le prestazioni *“90.27.1 GLUCOSIO”* *“90.14.1 COLESTEROLO HDL”* *“90.14.3 COLESTEROLO TOTALE”* *“90.43.2 TRIGLICERIDI”*. Essendo le prestazioni prescritte nella stessa ricetta in quanto tutte della branca di Laboratorio e poiché la somma del costo delle prestazioni quali GH (5,80 euro) e calcio (0,90 euro) eliminate è superiore a quello della glicemia (0,95 euro) e del profilo lipidico (trigliceridi (1,05 euro), il colesterolo totale (1 euro) e il colesterolo HDL (1,30 euro), la sostituzione non comporta particolari aggravii per il SSN in termini di mancato introito da ticket.
4. Eliminazione di prestazione esente riportata nell'allegato D – foglio D4:
- a) la modifica riguarda l'eliminazione della prestazione 91.36.5, già eliminata dall'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ed erroneamente attribuita in esenzione per epatite cronica (attiva) (codice 016); l'eliminazione delle prestazioni CORTICOTROPINA (ACTH) e RX del torace per il codice di esenzione ipotiroidismo congenito (027); l'eliminazione della ecografia oculare per il codice di esenzione MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO (035). Le correzioni non comportano oneri aggiuntivi per il SSN.

Art.9 (Assistenza termale)

L'articolo rinvia alle modifiche all'allegato 9 al dPCM 12 gennaio 2017 che viene sostituito dall'allegato “F” al presente decreto.

Le modifiche isorisorse contenute nel nuovo allegato, introducendo migliori specifiche senza incrementare l'elenco delle patologie né l'elenco delle prestazioni termali, contribuiscono a razionalizzare la precedente versione dell'allegato 9 del dPCM 12 gennaio 2017 e consentono di avviare il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni in ambito termale, senza oneri aggiuntivi per il SSN.

Le modifiche comprendono:

- la nuova versione dell'elenco delle patologie per le quali gli assistiti affetti hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del SSN. Nell'elenco, ad ogni forma clinica è stato associato

- un codice ICD9CM, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni;
- la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili a tutti gli assistiti, con oneri a carico del SSN. Nell'elenco ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. Tale modifica comporta il puntuale inserimento in ognuna delle prestazioni della visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale, già prevista nel precedente allegato 9;
 - la nuova versione dell'elenco delle prestazioni termali erogabili rispettivamente agli assicurati INAIL e INPS, con oneri a carico del SSN. Nei due elenchi ad ogni prestazione è stato associato un codice, in modo da rendere più agevole il percorso di dematerializzazione delle prescrizioni. La modifica ha previsto l'eliminazione di prestazioni non più erogate in ambito INPS (irrigazioni vaginali).

Art. 10

(Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica,
escluse dalla partecipazione al costo)

La disposizione corregge l'allegato 10 B al dPCM 12 gennaio 2017 ("Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo") relativamente all'indicazione riferita alla prestazione di "Ecografia ostetrica" prevista nel terzo trimestre, specificando che la stessa è erogabile in esenzione in caso di "sospetta" patologia fetale e/o annessiale o materna; diversamente, non si tratterebbe di una gravidanza fisiologica.

La modifica interviene a correggere un refuso individuando correttamente la popolazione di donne che possono usufruire dell'esenzione per tale prestazione e non comporta maggiori oneri per il SSN. Si evidenzia che, nei casi di patologia accertata, l'esenzione è già garantita dall'articolo 59, comma 4, del dPCM 12 gennaio 2017 e che, nel previgente decreto ministeriale 10 settembre 1998, l'ecografia nel terzo trimestre era garantita in esenzione a tutte le donne senza alcuna indicazione di appropriatezza.

Si riporta di seguito un prospetto riepilogativo delle nuove prestazioni previste con la tariffa associata.

CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa
04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE	200,00 €
42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	400,00 €
43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	400,00 €
45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)	400,00 €
91.61.3	STATO MUTAZIONALE PROGNOSTICO PER CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESISTIVO IN STADIO PRECOCE	2.000,00 €
87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	54,60 €
88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	31,50 €
88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	31,50 €
88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	31,50 €
90.05.6	ALBUMINA GLICATA	2,80 €
92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A	614,55 €
92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute	391,80 €
92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute	765,70 €
92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute	1.448,50 €
92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute	1.759,20 €
92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B	819,95 €
92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute	1.280,80 €
92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute	2.543,70 €
92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute	4.695,50 €
92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute	5.605,20 €
92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C	1.100,90 €
92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute	5.945,30 €
92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute	7.442,76 €
92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute	9.133,50 €
92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute	11.261,50 €
92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D	2.841,40 €
92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute	7.410,97 €
92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute	9.918,00 €
92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. 11-20 sedute	11.733,70 €
92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute	13.924,00 €
92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	859,55 €
92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.441,75 €
92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	1.641,75 €
92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	947,15 €
92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.697,15 €
92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.197,15 €
92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	1.047,15 €
92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	1.947,15 €
92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.547,15 €
92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve <2 sedute	1.147,15 €
92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio 3-6 sedute	2.197,15 €
92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo > 6 sedute	2.897,15 €
92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)	2.186,45 €
92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute	3.591,20 €
92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute	4.527,70 €
92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve (1 seduta)	1.825,95 €
92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio 2-3 sedute	3.636,95 €
92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo > 3 sedute	5.447,95 €
22.06.15.003	A.C retroauricolare via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.006	A.C retroauricolare via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.003	A.C ad occhiale via aerea gruppo 1	445,00 €
22.06.09.006	A.C ad occhiale via ossea gruppo 1	445,00 €
22.06.15.009	A.C retroauricolare via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.012	A.C retroauricolare via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.009	A.C ad occhiale via aerea gruppo 2	510,00 €
22.06.09.012	A.C ad occhiale via ossea gruppo 2	510,00 €
22.06.15.018	A. retroauricolare digitale (sordità pre e periverbali)	1.263,00 €
22.06.15.021	A. retroauricolare digitale	665,00 €
22.06.91.103	Auricolare in materiale rigido	33,60 €
22.06.91.106	Auricolare in materiale morbido	37,50 €
22.06.91.109	Archetto monoaurale e binaurale	31,00 €
22.06.91.115	Vibratore bipolare o tripolare	75,00 €
22.06.91.121	Cavetto bipolare e tripolare	10,00 €
22.06.00.503	manodopera e revisione (compresa minuteria). Per ciascun apparecchio, al prezzo dei singoli componenti, va aggiunto l'importo della manodopera complessiva computato una sola volta	28,80 €
22.06.00.506	trasduttore d'ingresso: microfono omnidirezionale	48,25 €
22.06.00.509	trasduttore d'ingresso: microfono direzionale	61,50 €
22.06.00.512	trasduttore d'ingresso: kit ingresso audio	19,40 €
22.06.00.515	trasduttore d'ingresso: bobina telefonica	32,35 €
22.06.00.518	trasduttore d'uscita: ricevitore bipolare	48,55 €
22.06.00.521	trasduttore d'uscita: ricevitore tripolare	61,50 €
22.06.00.524	trasduttore d'uscita: vibratore bipolare	48,45 €
22.06.00.527	trasduttore d'uscita: vibratore tripolare	61,50 €
22.06.00.529	trasduttore d'uscita: ricevitore RIC e BTE	100,00 €
22.06.00.530	involucri per retroauricolari	25,90 €
22.06.00.533	involucri per occhiali, escluso il frontale	48,55 €
22.06.00.539	regolatori di funzione: potenziamento di volume	30,95 €
22.06.00.542	regolatori di funzione: commutatore di funzioni (O/T/M, M/MT/T, ecc.)	35,45 €
22.06.00.545	regolatori di funzione: trimmer	17,45 €
22.06.00.548	regolatori di funzione: bobina telefonica	12,25 €
22.06.00.551	regolatori di funzione: alloggi pila e copricomandi	6,45 €