



pag.
1

ADUNANZA N. 133 LEGISLATURA N. X

716

Prot. Segr.
767

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI
- MANUELA BORA
- LORETTA BRAVI
- FABRIZIO CESETTI
- MORENO PIERONI
- ANGELO SCIAPICHETTI

Presidente
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore

E' assente:

- ANNA CASINI

Vicepresidente

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Deborah Giraldi.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

11

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



OGGETTO: DECRETO PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DEL 12.01.2017 “DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, DI CUI ALL’ARTICOLO 1, COMMA 7, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.12.1992, N. 502”. RECEPIMENTO E PRIME DISPOSIZIONI ATTUATIVE.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all’art. 16, comma 1, lettera d) della Legge regionale 15.10.2001, n. 20 sotto il profilo delle legittimità e della regolarità tecnica e l’attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l’art. 28 dello Statuto regionale;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- 1) di recepire il DPCM 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502”;
- 2) di approvare le prime disposizioni attuative del DPCM 12.01.2017 come risultanti nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 3) di demandare a successivi provvedimenti le disposizioni ad oggi non ancora regolamentate a livello centrale, nonché quelle che lo stesso DPCM demanda espressamente al livello regionale;
- 4) di revocare, a seguito del recepimento del D.P.C.M. 12.01.2017, le seguenti deliberazioni di Giunta regionale:
 - Deliberazione di Giunta regionale n. 2817 del 15.11.1999 “D. M. 329/1999 - Atto di indirizzo e coordinamento alle aziende sanitarie in materia di attuazione del regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti esenti dalla partecipazione alla spesa”;
 - Deliberazione di Giunta regionale n. 1323 del 16.07.2002 “DPCM 29.11.2001 - Indirizzi per l’attuazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza del SSN”;
 - Deliberazione di Giunta regionale n. 787 del 03.06.2003 “DPCM 29.11.2001 - Indirizzi per l’attuazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza del SSN - Determinazione delle tariffe per gli interventi di chirurgia oculistica rifrattiva”.



- 5) di stabilire che le Direzioni generali degli Enti del SSR e le strutture sanitarie private accreditate e con rapporto contrattuale con il S.S.R. predispongano le necessarie misure organizzative e provvedano all'adeguamento dei rispettivi sistemi informativi secondo le modifiche introdotte dal DPCM 12.01.2017 e da quanto previsto nell'Allegato A di cui al punto 2).

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA REGIONALE

(Deborah GIRALDI)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(Luca CERISCIOLI)



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 2817 del 15.11.1999 "D. M. 329/1999 - Atto di indirizzo e coordinamento alle aziende sanitarie in materia di attuazione del regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti esenti dalla partecipazione alla spesa";
- D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 1323 del 16.07.2002 "DPCM 29.11.2001 - Indirizzi per l'attuazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza del SSN";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 787 del 03.06.2003 "DPCM 29.11.2001 - Indirizzi per l'attuazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza del SSN - Determinazione delle tariffe per gli interventi di chirurgia oculistica rifrattiva";
- D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502".

Motivazione ed esito dell'istruttoria

L'art. 1 del D. Lgs. 502/1992 stabilisce che il SSN assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza, definiti dal Piano Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse.

Con la DGR 2817/1999 sono state dettate linee di indirizzo in attuazione del DM 329/1999, relativo alle patologie croniche e invalidanti.

In attuazione di quanto previsto dal D. Lgs. 502/1992 è stato adottato il DPCM 29.11.2001 con il quale sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Regione Marche, con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1323/2002 e 787/2003 ha dettato indirizzi attuativi del DPCM 29.11.2001.

Con il DPCM 12.01.2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18.03.2017, si è provveduto all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Tenuto conto, in particolare, l'art. 64 del DPCM, recante "Norme finali e transitorie" che:

- al comma 1) demanda a successivi appositi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, la definizione di criteri uniformi per l'individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni che il DPCM demanda alle Regioni e Province Autonome;
- al comma 2) stabilisce che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale entrino in vigore dalla data di pubblicazione del Decreto del Ministro della Salute con cui saranno definite le tariffe massime delle prestazioni. Fino ad allora, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, è quello contenuto nell'Allegato 8 bis del DPCM 12.01.2017;
- al comma 3) stabilisce che le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1, comma 3, lettera a) dell'art. 17 del DPCM 12.01.2017 entrino in vigore dalla data di pubblicazione del Decreto del Ministro della Salute con cui saranno definite le tariffe massime delle prestazioni;



- al comma 4) stabilisce che le disposizioni in materia di malattie rare di cui all'art. 52 e all'Allegato 7 entrino in vigore dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del DPCM 12.01.2017;
- al comma 5) dispone di abrogare il DPCM 29.11.2001, fermo restando quanto stabilito per l'assistenza specialistica ambulatoriale (comma 2), per i dispositivi medici (comma 3) e per le malattie rare (comma 4).

Tutto ciò premesso, considerato che il DPCM stabilisce una progressiva applicazione di quanto ivi stabilito, si rende necessario adottare un primo provvedimento di recepimento del DPCM 12.01.2017, predisposto sulla base dei contributi di tutte le posizioni dirigenziali del Servizio Sanità e dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

La sottoscritta, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Irene PICCININI)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

La sottoscritta, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014 e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE
(Lucia DIFURIA)

La presente deliberazione si compone di n. **31** pagine, di cui n. **26** di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah GRALDI)



ALLEGATO A

PRIME DISPOSIZIONI ATTUATIVE DEL D.P.C.M. 12.01.2017

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA (ART. 2)

Il DPCM 12.01.2017 interviene con una puntuale declinazione dei LEA per ogni area di intervento del livello "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" come dettagliato nell'Allegato 1 allo stesso DPCM. Tali interventi richiedono un approccio integrato tra i diversi soggetti istituzionali e, in quest'ottica, sono state adottate le deliberazioni di Giunta regionale n.1434 del 22.12.2014 "Recepimento Intesa Stato - Regioni e Province Autonome del 13.11.2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014/2018", n. 540 del 15.07.2015 "Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018", n. 202 del 18.03.2016 "Modifica DGR 540/2015 concernente - Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018" e n. 270 del 27.03.2017 "Attuazione DGR 540/2015 Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 - Rete Regionale delle aziende che promuovono salute".

Relativamente ai Servizi medici e veterinari del Dipartimento di prevenzione che operano nell'ambito della sicurezza alimentare e nel quadro più ampio delle attività di prevenzione e di promozione della salute si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 880 del 19.10.2015 "Recepimento dell'Intesa n. 177/CSR del 18.12.2014 concernente il "Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015/2018" e approvazione del Piano Regionale Integrato (PRI) per i controlli in sicurezza alimentare per il periodo 2015-2018".

Relativamente alle vaccinazioni incluse nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017/2019 si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 458 del 15.05.2017 "Adeguamento dell'offerta vaccinale nella Regione Marche in relazione al recepimento del nuovo piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - Direttive alle Aziende del S.S.R."

ASSISTENZA DISTRETTUALE (ART. 3)

Relativamente all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza ai turisti e all'emergenza sanitaria territoriale di cui agli **articoli 4, 5, 6 e 7**, si deve fare riferimento agli Accordi Collettivi Nazionali ed agli Accordi Integrativi Regionali vigenti per i medici di medicina generale, per i pediatri di libera scelta e per gli specialisti ambulatoriali.

Relativamente all'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate (**art. 8**) si deve fare riferimento alla Convenzione Farmaceutica di cui al DPR 371/1998 e alle deliberazioni di Giunta regionale attuative, tra queste la deliberazione n. 881 del 19.10.2015 "Schemi di accordi relativi alla distribuzione per conto di cui alla lettera A, art. 8 della Legge 405/2001, tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche e tra la Regione Marche ed il CO.D.IN. Marche" e n. 163 del 27.02.2017 "Ulteriore aggiornamento e sostituzione della TABELLA 1 contenuta nella DGR n. 881/2015 relativa all'approvazione degli "Schemi di accordo relativi alla distribuzione per conto di cui alla lettera a) art. 8 della Legge 405/2001, tra la Regione Marche, Federfarma Marche e Confservizi Assofarm Marche e tra la Regione Marche ed il CO.D.IN. Marche" e successive integrazioni".

Relativamente all'assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri (**art. 9**) si deve fare riferimento alla Legge 405/2001 e alle deliberazioni regionali attuative, tra queste la deliberazione n. 795 del 07.05.2002 "Art. 8 L. 405/2001 "Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti".



Relativamente all'**assistenza integrativa (art. 10)** il DPCM prevede:

- l'erogazione di dispositivi medici monouso (**artt. 11 e 12**) ad alcune categorie di assistiti.
Al fine di razionalizzare l'uso dei dispositivi medici, in particolare per gli ausili assorbenti l'urina, con la deliberazione di Giunta regionale n. 1696 del 03.12.2012 "Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini" era stato introdotto un tetto sul consumo dei presidi per incontinenza a livello distrettuale (n. 60 presidi per pazienti incontinenti). Tale limite numerico può essere derogato, sulla base delle condizioni cliniche degli assistiti, laddove la prescrizione sia coerente con le esigenze assistenziali del paziente e approvata dal servizio distrettuale competente, fino ad un tetto massimo mensile come indicato nell'Allegato 2 al DPCM nella sezione 09.30 "Ausili assorbenti per l'urina". Con successivo Decreto del Dirigente del Servizio Sanità saranno definiti idonei percorsi per l'approvvigionamento dei dispositivi medici per l'incontinenza da parte degli assistiti.
- l'erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare (**art. 13**), dove il DPCM, all'Allegato 3, individua sia la tipologia di presidi erogabili che le malattie rare per le quali sono garantiti gli stessi, come risultanti dal seguente elenco:

CODICE	DESCRIZIONE MALATTIA RARA
RCG060	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI (Escluso: Diabete Mellito) (es. Deficit di Glut1)
RCG074	DIFETTI CONGENITI DELLA OSSIDAZIONE MITOCONDRIALE DEGLI ACIDI GRASSI (ESCLUSO: SINDROME DI ZELLWEGER codice RN1760) (es. Deficit di 3 Idrossiacil Coa Deidrogenasi a catena)
RN1080	RUSSELL-SILVER, SINDROME DI
RN0710	SINDROME MELAS
RCG162	SINDROMI DA NEOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE (es MEN2)
RN0730	SHORT SINDROME
RN1380	BARDET-BIEDL, SINDROME DI
RN1290	WOLFRAM, SINDROME DI
RN1370	ALSTRÖM, SINDROME DI
RCG061	IPERINSULINISMI CONGENITI
RNG092	NANISMO OSTEODISPLASTICO MICROCEFALICO PRIMITIVO (MOPD)
RCG040	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI (es. Fenilchetonuria, Leucinosi)

- l'erogazione di prodotti dietetici (**art. 14**) ad alcune categorie di assistiti.

Per l'assistenza integrativa, in attesa dell'adeguamento a quanto previsto dal DPCM 12.01.2017, si deve fare riferimento al Decreto del Dirigente del Servizio Salute n. 94/S04 del 06.05.2010 "D. Lgs. 153/2009 e DGR 921/2009 e 265/2010 - Accordo con le OO. SS. delle farmacie convenzionate per l'ossigeno terapia domiciliare e per l'Assistenza Integrativa Regionale e DGR 261/2010 Fornitura di farmaci classe C" e alla deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 20.06.2016 "Fornitura di prodotti destinati a un'alimentazione particolare da parte di esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate".



Inoltre il DPCM 12.01.2017 ha inserito nei LEA la **fornitura gratuita dei prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica**, finora considerati quale livello aggiuntivo regionale, disciplinato dalla Legge regionale 27.06.1984 n. 15 "Ulteriori provvidenze a favore dei soggetti affetti da uremia cronica", ora abrogata dalla Legge regionale 28.04.2017, n.15 "Disposizioni di semplificazione e aggiornamento della normativa regionale". Con la presente deliberazioni si stabilisce che agli assistiti nefropatici cronici che necessitano di utilizzare specifici prodotti dietetici, sia riconosciuto **a partire dal 1° luglio 2017**, un contributo mensile di € 90,00, adeguando l'importo del contributo stabilito nella Legge regionale n. 15/1984, da fruire secondo le modalità stabilite nel suindicato Decreto n. 94/S04 del 06.05.2010, come meglio specificato nell'Allegato B2, punto 3 "Prodotti destinati ad una alimentazione particolare".

Relativamente all'**assistenza specialistica ambulatoriale (art. 15)**, in attesa del Decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 64, comma 2, del DPCM 12.01.2017, si conferma il Nomenclatore tariffario regionale approvato con la DGR n. 1468 del 29.12.2014 "Definizione del Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe" e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Si richiama inoltre la deliberazione di Giunta regionale n. 1507 del 05.12.2016 "Modifica al Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe approvato con DGR 1468/2014 e s.m.i. - **Certificazioni di medicina sportiva agonistica** previste dal D. M. 18.02.1982 - Revoca DGR 1407 del 23.07.2002" che disciplina l'attività di certificazione medico sportiva. Si evidenzia che il DPCM 12.01.2017 stabilisce che rientrano nei LEA "la valutazione clinica, comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, sulla base dei protocolli definiti a livello nazionale, finalizzata alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica in ambito scolastico". Pertanto, si rende necessario modificare quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1507 del 05.12.2016 nella parte in cui fa riferimento alle certificazioni di medicina sportiva agonistica per maggiorenni. Dalla data di approvazione del presente provvedimento le certificazioni per la pratica sportiva agonistica per soggetti maggiorenni non rientrano nei LEA e sono, pertanto, a totale carico dei soggetti che le richiedono. Si confermano le disposizioni relative alle certificazioni per la pratica sportiva agonistica in favore di minorenni e disabili.

Relativamente alle **prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery trasferibili in regime ambulatoriale**, di cui all'Allegato A del Patto per la Salute 2010/2012, così come richiamati nell'Allegato 6B del DPCM 12.01.2017, la Regione ha disciplinato, con diverse deliberazioni di Giunta regionale, il loro trasferimento a livello ambulatoriale prevedendo, in via transitoria, nelle more dell'adozione del nuovo nomenclatore tariffario nazionale della specialistica ambulatoriale, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa, identificata con il codice regionale di esenzione H01. Il DPCM 12.01.2017 ha rivisto il Nomenclatore della specialistica ambulatoriale inserendo nello stesso le prestazioni di chirurgia ambulatoriale, pertanto dalla data di entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale, ovvero dalla data di pubblicazione del D. M. che stabilisce le tariffe massime, cessa la validità dell'esenzione regionale H01. Tali prestazioni, pertanto, rientrano nel normale regime di compartecipazione previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per le prestazioni chirurgiche trasferite a livello ambulatoriale si evidenzia che nella descrizione delle stesse, riportata sia nell'Allegato 4 che nell'Allegato 6B del DPCM 12.01.2017, sono esplicitate le prestazioni pre e post intervento incluse nel pacchetto ambulatoriale che le identifica. Pertanto, le tariffe delle prestazioni chirurgiche trasferite a livello ambulatoriale, ricomprendono anche le prestazioni pre e post intervento e, fino all'adozione del D. M. di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le tariffe sono quelle stabilite nell'attuale Nomenclatore tariffario regionale.



Si evidenzia inoltre che la prestazione attualmente presente nel Nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale, individuata con il codice 13.19.1 "Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare", è stata opportunamente sdoppiata nelle seguenti 2 prestazioni:

- 13.41 Intervento di cataratta senza impianto di lente intraoculare;
- 13.71 Intervento di cataratta con impianto di lente intraoculare.

Nel caso di impianto intraoculare di lenti, si specifica che rientrano nei LEA le lenti tradizionali monofocali. L'assistito, in occasione della prestazione di rimozione della cataratta, può richiedere l'impianto intraoculare di lenti innovative (lenti toriche, multifocali/accomodative) facendosi carico degli oneri aggiuntivi che comportano.

Le strutture sanitarie, pubbliche e private, che erogano queste prestazioni devono attenersi alle seguenti indicazioni:

- la tariffa aggiuntiva, a totale carico del paziente, deve includere il costo differenziale delle lenti ed eventuali oneri accessori (necessità di esami aggiuntivi o di maggiore impegno del professionista per la selezione dei pazienti, per lo screening, per l'impianto e follow-up);
- il paziente che si sottopone ad intervento di rimozione della cataratta può richiedere l'utilizzo delle lenti innovative, solo se edotto dallo specialista, in fase di pianificazione dell'intervento, relativamente ai loro vantaggi e costi (a tal fine viene richiesto al paziente di firmare un consenso informato un preventivo dei costi aggiuntivi a suo carico).

Relativamente alle Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (art. 16):

- per quanto attiene le condizioni di erogabilità a carico del SSN delle **prestazioni ambulatoriali di densitometria ossea** sono quelle definite nell'Allegato 4A al DPCM 12.01.2017;
- per quanto attiene le condizioni di erogabilità a carico del SSN delle **prestazioni ambulatoriali di chirurgia refrattiva** sono quelle definite nell'Allegato 4B al DPCM 12.01.2017;
- relativamente alle condizioni di erogabilità delle **prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica**, stante la complessità della materia, nelle more dell'adozione di apposito atto deliberativo per la disciplina delle condizioni di erogabilità stabilite nel DPCM 12.01.2017, si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 165 del 11.02.2003 "DPCM 29.11.2001 - Indirizzi per l'attuazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza del SSN - Assistenza odontoiatrica".
- relativamente alle **prestazioni di Adroterapia** si confermano le modalità di accesso previste nel Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 70/SAN del 07.07.2014 "Costituzione tavolo tecnico per la valutazione delle domande di accesso a prestazioni innovative di Adroterapia" e quelle stabilite nella deliberazione di Giunta regionale n. 957 del 02.11.2015 "Approvazione schema di accordo tra la Provincia Autonoma di Trento e la Regione Marche per l'attività del centro di Protonterapia di Trento", opportunamente integrate con le condizioni di erogabilità stabilite nell'Allegato 4 D al DPCM 12.01.2017.

Relativamente all'**assistenza protesica (artt. 17, 18, 19)**, in attesa del Decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime dei dispositivi protesici, di cui all'art. 64, comma 3, del DPCM 12.01.2017, si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 176 del 31.01.2000 "L.R. 26/96 - atto di indirizzo e coordinamento delle aziende UU.SS.LL. per l'attuazione del D.M. 27.08.99 n. 332 recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale".

Relativamente all'**assistenza termale (art. 20)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1065 del 22.09.2014 "Recepimento Intesa della Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 4 della legge



24.10.2000, n. 323, sull'Accordo Nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2013-2015. Rep. Atti n. 172/CSR del 05.12.2013. Accordo con gli stabilimenti termali della Regione Marche anni 2013/2015" e all'Intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, ai sensi dell'art. 4, comma 4, della Legge 24.10.2000, n. 323, sull'Accordo Nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2016-2018" Rep. Atti n. 18/CSR del 09.02.2017, oggetto di prossimo recepimento regionale.

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

I "percorsi assistenziali integrati" sono regolati per quanto riguarda le modalità organizzative e di governo dei processi di erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali dalle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 110 del 23.02.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012/2014 - Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O. SeS)";
- n. 111 del 23.02.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012/2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali", che risultano coerenti con le indicazioni del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Le attività e le prestazioni residenziali e semiresidenziali sono regolate dalla applicazione della Legge Regionale 30.09.2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati" e s.m.i., anche in riferimento all'art. 7, comma 1, lettera c), disciplinato dall'Atto di fabbisogno di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 289 del 09.04.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010/2014 - Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale", attualmente in fase di revisione, giusta deliberazione di Giunta regionale n. 557 del 29.05.2017 "Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 - DGR 289/15 - Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale".

Relativamente ai **percorsi assistenziali integrati (art. 21)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale n. 110 del 23.02.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)" e n. 111 del 23.02.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali".

Relativamente alle **cure domiciliari (art. 22)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 791 del 30.06.2014 "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione".

Relativamente alle **cure palliative domiciliari (art. 23)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale n. 846 del 12.07.2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale delle cure palliative" e n. 1285 del 17.11.2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie alle famiglie (art. 24)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 1088 del 25.07.2011 "Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", e provvedimenti conseguenti";
- n. 1405 del 24.10.2011 "Modifiche ed integrazioni alla DGR 25 luglio 2011, n. 1088 avente per oggetto "Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente - Linee



di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo - e provvedimenti conseguenti";

- n. 604 del 13.06.2016 "Legge 194/78. Interruzione volontaria di gravidanza con metodica farmacologica - sperimentazione distrettuale di un nuovo modello assistenziale";
- n. 207 del 20.02.2012 "Legge 40 del 19 febbraio 2004 - Definizione tariffe regionali procreazione medicalmente assistita di secondo livello".

In particolare, per la tutela dei minorenni, si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 869 del 17.06.2003 "Indirizzi in materia di interventi socio-sanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla L. n. 184/1983 e successive modificazioni";
- n. 865 del 11.06.2012 "Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla propria famiglia";
- n. 1413 del 08.10.2012 "Modifiche alla D.G.R. n. 685 dell'11/06/2012 Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla propria famiglia".

Relativamente alle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), si precisa che, in attesa del Decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 64, comma 2, del DPCM 12.01.2017, si conferma quanto disposto nella deliberazione di Giunta regionale n. 207/2012.

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art. 25)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 118 del 22.02.2016 "Recepimento Accordo della Conferenza Unificata sul documento concernente "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" - Rep. Atti n. 138/CU del 13 novembre 2014 - Modifica DGR n. 1331/14".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria alle persone con disturbi mentali (art. 26)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 277 del 10.03.2014 "Recepimento Accordo Conferenza Unificata del 24/01/2013 sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" e costituzione Gruppi di lavoro per il Piano di Azioni regionale per la Salute Mentale". In esito alle attività dei suddetti gruppi di lavoro è in avanzata fase di definizione il Piano di Azione Regionale per la Salute Mentale.

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità (art. 27)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1229 del 17.10.2016 "Interventi in favore delle persone in condizione di disabilità - Criteri e modalità di attuazione degli interventi - anno 2016".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche (art. 28)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1534 del 11.11.2013 "Modifica ed integrazione della DGR 747/04 - Riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche" e alla Legge regionale 07.02.2017, n. 3 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network".

Relativamente all'**assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (art. 29)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 139 del 22.02.2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (art. 30)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1331 del 25.11.2014 "Accordo tariffe



assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita (art. 31)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 846 del 12.07.2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative";
- n. 325 del 20.04.2015 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art. 32)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 118 del 22.02.2016 "Recepimento Accordo della Conferenza Unificata sul documento concernente "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" - Rep. Atti n. 138/CU del 13 novembre 2014 - Modifica DGR n. 1331/14".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 277 del 10.03.2014 "Recepimento Accordo Conferenza Unificata del 24/01/2013 sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" e costituzione Gruppi di lavoro per il Piano di Azioni regionale per la Salute Mentale";
- n. 247 del 30.04.2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche";
- n. 1540 del 12.12.2016 "DGR n. 247/15 Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche - Integrazione".

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (art. 34)** si deve fare riferimento alla DGR n. 1438 del 23.11.2016 "Strutture Private di Riabilitazione Accreditate della Regione Marche. Accordo con Associazione ARIS per gli anni 2016-2017-2018" che sarà adeguata in relazione alla progressiva applicazione della L.R. 21/2016.

Relativamente all'**assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (art. 35)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1221 del 30.12.2015 "Approvazione dello schema di accordo quadro per il triennio 2015-2017 tra la Regione Marche, il Coordinamento regionale degli Enti ausiliari Accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche relativo alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche".

La normativa regionale suindicata risulta sostanzialmente coerente con il quadro disegnato dai nuovi LEA; per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria e sociale, si sta provvedendo alla progressiva applicazione della Legge Regionale 30.09.2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati" e s.m.i., tenendo conto delle indicazioni contenute del DPCM 12.01.2017, anche in riferimento all'adeguamento delle tariffe, in relazione ai livelli assistenziali da garantire, e dei livelli di compartecipazione, attualmente disciplinate dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 1195/2013 e n. 1331/2014.

§



ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART 36)

Relativamente al **Pronto soccorso (art. 37)** si deve fare riferimento alla Legge regionale 30.10.1998, n. 36 "Sistema di emergenza sanitaria" e ai successivi provvedimenti attuativi.

Relativamente alle **attività previste nell'ambito del ricovero ordinario per acuti (art. 38)** il DPCM 12.01.2017 introduce nei LEA gli **screening neonatali** già previsti a livello regionale dalle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 1647 del 07.12.2011 "Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 - Linee di indirizzo "screening neonatale dell'udito" e "screening neonatale oculare";
- n. 918 del 17.06.2013 "Screening neonatale allargato per malattie metaboliche ereditarie nella Regione Marche".

Con riferimento alla **terapia del dolore e alle cure palliative** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 676 del 04.06.2014 "Recepimento Intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - Indicazioni operative";
- n. 1285 del 17.11.2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica" e n.325 del 20.04.2015 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore".

Relativamente ai **criteri di appropriatezza del ricovero ordinario (art. 39)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 781 del 28.05.2013 "Controlli sulle cartelle cliniche. Disposizione in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche - Applicazione della Legge 133/2008 e Decreto Ministeriale 10 Dicembre 2009 - Revoca DGR n. 1212 del 19/10/2004" ed ai successivi Decreti attuativi;
- n. 709 del 09.06.2014 "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche", integrata con il DRG 351 "Sterilizzazione maschile" per una perfetta aderenza all'Allegato 6A del DPCM "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria".

Relativamente all'attività di **Day Surgery (artt. 40 e 41)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 709 del 09.06.2014 "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche";
- n. 1218 del 27.10.2014 "Recepimento dell'Intesa Stato Regioni Repertorio Atti n.: 98/CSR del 05/08/2014 Appendice 2. "Definizione dei requisiti per la Chirurgia Ambulatoriale" della Regione Marche e aggiornamento procedure eseguibili".

Relativamente all'attività di **Day Hospital (artt. 42 e 43)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1709 del 09.12.2003 "Regolamentazione dell'attività di day hospital diagnostico e terapeutico medico".

3



Relativamente all'attività di **ricovero in riabilitazione (artt. 44 e 45)**, si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1574 del 12.11.2012 "Recepimento e attuazione dell'accordo rep. n. 30 del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione del "Piano di indirizzo per la riabilitazione". Per i criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione, nelle more della conclusione dell'iter relativo allo schema di Decreto del Ministero della Salute recante "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera" ai sensi dell'art. 9-quater, comma 8 del D. L. 19.06.2015, convertito con la Legge 06.08.2015 n. 125, si deve fare riferimento ai Decreti:

- n. 8/RAO del 05.04.2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.05.2013 - Dec. n. 16/RAO/2015 "Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015" - Integrazione al punto A.3.5 - Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione";
- n. 12/RAO/2016 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 - Dec. n. 16/RAO/2015: "Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015- Integrazione al punto A.3.5 Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione - modifica ed integrazione";
- n. 9/RAO/2017 "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 - Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie".

Relativamente ai controlli sull'attività di ricovero si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 781 del 28.05.2013 "Controlli sulle cartelle cliniche. Disposizione in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche - Applicazione della Legge 133/2008 e Decreto Ministeriale 10 Dicembre 2009 - Revoca DGR n. 1212 del 19/10/2004" ed ai successivi decreti attuativi.

Relativamente ai **centri antiveleni (art. 46)** gli Enti SSR si avvalgono della consulenza specialistica dei Centri Antiveleni riconosciuti dal Ministero della Salute. Nell'ambito del Piano Nazionale di Difesa - Scorta Nazionale Antidoti (SNA) - il Deposito regionale antidoti è presente presso l'INRCA.

Relativamente all'**attività trasfusionali (art. 47)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 873 del 30.06.2008 "Revoca DGR 529/2004 - Nuove disposizioni in ordine alla costituzione del dipartimento regionale di medicina trasfusionale";
- n. 1731 del 29.11.2010 "Attuazione DGR 873/2008 - Approvazione regolamento dipartimento regionale interaziendale di medicina trasfusionale (DIRMT)";
- n. 422 del 28.04.2017 "Art. 3, comma 2 della legge regionale 13 del 2003, Direttiva Vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR. Polo unico per le funzioni produttive Medicina Trasfusionale e Laboratorio analisi";
- n. 1369 del 17.10.2011 "Recepimento da parte della Regione Marche accordo n. 242/CSR del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica - Indicazioni operative";
- n. 1417 del 08.10.2012 "Recepimento accordo n. 206/CSR del 13 ottobre 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali" - Indicazioni operative";
- n. 634 del 29.04.2013 "Recepimento accordo n. 149/CSR del 25 luglio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" - indicazioni operative";
- n. 736 del 18.07.2016 "Recepimento Accordo Stato Regioni del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 61/CSR) sul documento recante: "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 20 marzo 2008 (Rep. Atti 115/CSR), relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue". Approvazione "Schema di convenzione tra la Regione Marche e le Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue" - Indicazioni operative";



- n. 3 del 11.01.2016 "Recepimento Accordo Stato Regioni n. 168/CSR del 20 ottobre 2015 concernente "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra aziende sanitarie all'interno della Regione e tra le Regioni" - Indicazioni operative;
- n. 182 del 07.03.2017 "Recepimento "Linee Guida per il programma di Patient Blood Management" - Centro Nazionale Sangue - Indicazioni operative".

Relativamente all'attività di **trapianto di cellule, organi e tessuti (art. 48)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 579 del 09.05.2005 "Attivazione nuovo Centro trapianti di fegato, rene e pancreas nell'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi" di Ancona" e s.m.i.;
- n. 946 del 05.09.2007 "Gruppo regionale tecnico scientifico in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti - Modifiche ed integrazioni alle DGR nn. 1580/2001 e 1233/2002";
- n. 430 del 25.03.2013 "Approvazione del progetto "Donazione organi: dichiarazione di volontà e rinnovo carta di identità" e della convenzione con Federsanità-ANCI per la sua realizzazione ".

Relativamente alla **donazione di cellule riproduttive (art. 49)** si deve fare riferimento alle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 75 del 24.01.2011 "Legge 40 del 19.2.2004 - Indicazioni per il miglioramento della qualità nel percorso procreazione medicalmente assistita (PMA)";
- n. 207 del 20.02.2012 "Legge 40 del 19 febbraio 2004 - Definizione tariffe regionali procreazione medicalmente assistita di secondo livello";
- n. 879 del 19.10.2015 "Recepimento Accordo Stato Regioni ai sensi dell'art. 7, comma 5 del Decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 sul documento recante "Criteri per le visite di verifica dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), di cui ai Decreti legislativi n. 191/07 e n. 16/10, e per la formazione e qualificazione dei valutatori addetti a tali verifiche";
- n. 1014 del 08.09.2014 "Recepimento degli indirizzi operativi della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (14/109/CR02/C7SAN) sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della corte costituzionale nr. 162/2014";
- n. 958 del 04.08.2014 "Convenzione con la Azienda Sanitaria Locale di Pescara per la lavorazione e conservazione del sangue di cordone ombelicale raccolto nei reparti di ostetricia della Regione Marche - autorizzazione alla AOUOR di Ancona" e s.m.i.

ASSISTENZA SPECIFICA A PARTICOLARI CATEGORIE (ART. 50)

Relativamente all'**assistenza agli invalidi (art. 51)** si richiama la normativa nazionale, in relazione all'assistenza farmaceutica, si deve fare riferimento anche alla deliberazione di Giunta regionale n. 607 del 27.03.2002 "Art. 7 Legge 405/2001 disposizioni in materia di rimborso dei farmaci di uguale composizione".

Relativamente all'assistenza alle **persone affette da malattie rare (art. 52)** l'Allegato 7 del DPCM 12.01.2017 sostituirà, a partire dal centottantesimo giorno dalla pubblicazione del D.P.CM 12.01.2017 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 15 del 18.03.2017), pertanto dal **15.09.2017**, l'elenco delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria di cui al D. M. 279 del 18.05.2001.

Le principali novità introdotte dal DPCM riguardano l'inserimento di circa 110 nuove entità, tra malattie rare singole e gruppi e lo spostamento di 2 malattie dall'esenzione per patologia cronica e invalidante all'esenzione



per malattia rara, nonché lo spostamento di 5 malattie dall'esenzione per malattia rara all'esenzione per patologia cronica e invalidante.

Si confermano le disposizioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1369 del 26.11.2007 "D. M. 279/2001 - Integrazione elenco malattie rare" con la quale è stato integrato l'elenco nazionale della patologie rare di cui al DM 279/2002 riconoscendo, a livello regionale, ulteriori 30 patologie rare, le stesse saranno eventualmente ricodificate a seguito dell'entrata in vigore dell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017.

Si confermano le disposizioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 350 del 24.03.2014 "fornitura gratuita dei farmaci di fascia C a soggetti affetti da malattie rare nella Regione Marche. Anno 2014". Si confermano inoltre le Linee di Indirizzo regionali in materia di malattie rare di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 882 del 01.08.2016 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale per le malattie rare (PNMR)" del 16 ottobre 2014 (rep atti 140/CSR). Linee di indirizzo per la definizione della attività della rete delle Malattie Rare della Regione Marche".

Si dovrà provvedere all'adeguamento dello specifico sistema informativo regionale, Registro Malattie Rare (RE. MA. RA.), al fine di consentire il rilascio degli attestati di esenzione per le nuove patologie rare introdotte dal suddetto DPCM.

Relativamente alle **persone affette da malattie croniche e invalidanti (art. 53)**, l'elenco delle malattie croniche e invalidanti, che danno diritto all'esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria è quello riportato nell'Allegato 8 al DPCM. Lo stesso DPCM, all'art. 64 "Norme finali e transitorie", specifica che, fino all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale che definisce le tariffe massime delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'elenco delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto nell'Allegato 8 bis corredato delle relative prestazioni erogabili in esenzione.

Le principali novità introdotte dal DPCM in materia di patologie croniche e invalidanti riguardano:

- 1) l'inserimento di 6 nuove malattie nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, come di seguito riportato:

NUOVI LEA - DPCM 12.01.2017	
Codice Esenzione	PATOLOGIA
057	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"
060	OSTEOMIELITE CRONICA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE
063	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)



l'assegnazione di uno specifico codice di esenzione per i donatori d'organo, da utilizzare per la prescrizione delle prestazioni sanitarie appropriate per valutare la funzionalità dell'organo residuo.

NUOVI LEA - DPCM 12.01.2017	
058	DONATORI D'ORGANO

- 2) lo spostamento di 5 malattie, dall'esenzione per malattia rara all'esenzione per patologia cronica e invalidante, come di seguito riportato:

LEA PREVIGENTI - DPCM 29.11.2001		NUOVI LEA - DPCM 12.01.2017	
Codice Esenzione	PATOLOGIA	Codice Esenzione	PATOLOGIA
RI0060	SPRUE CELIACA	059	MALATTIA CELIACA
RL0020	DERMATITE ERPETIFORME		
RN0660	SINDROME DI DOWN	065	SINDROME DI DOWN
RN0690	SINDROME DI KLINEFELTER	066	SINDROME DI KLINEFELTER
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZiate	067	CONNETTIVITI INDIFFERENZiate

Tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 64, comma 4) del DPCM 12.01.2017, ovvero, che le disposizioni in materia di malattie rare di cui all'art. 52 e all'Allegato 7 entrano in vigore dal 180° giorno della data di entrata in vigore del suindicato DPCM (ovvero il **15.09.2017**), fino a tale data queste patologie rimangono nell'ambito delle malattie rare. Pertanto, fino a tale data gli assistiti già in possesso dell'attestato di esenzione per Celiachia, Sindrome di Down, Sindrome di Klinefelter e Connettiviti indifferenziate potranno continuare ad avvalersi di tali attestati di esenzione.

- 3) lo spostamento di 2 malattie dall'esenzione per patologia cronica e invalidante all'esenzione per malattia rara, come di seguito riportato:

LEA PREVIGENTI - DPCM 29.11.2001		NUOVI LEA - DPCM 12.01.2017	
Codice Esenzione	PATOLOGIA	Codice	PATOLOGIA
034	MIASTENIA GRAVE	RFG101	SINDROMI MIASTENICHE CONGENITE E DISIMMUNI
047	SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA	RM0120	SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA

Analogamente, gli assistiti già in possesso dell'attestato di esenzione per malattia cronica e invalidante relative alla Miastenia grave e alla Sclerosi sistemica progressiva, continueranno ad avvalersi dello stesso fino all'entrata in vigore del nuovo elenco delle malattie rare.

Come noto, il DM 23.11.2012 "Definizione del periodo minimo di validità dell'attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, rilasciato ai sensi del Decreto 28.05.1999, n. 329" stabilisce



per ogni patologia cronica e invalidante la durata degli attestati di esenzione, dal momento che il DPCM 12.01.2017 non dà indicazioni in merito, in attesa dell'aggiornamento del DM 23.11.2012, si stabilisce che la durata degli attestati di esenzione per le patologie croniche e invalidanti introdotte dal DPCM 12.01.2017 sia illimitata.

Fino alla data di pubblicazione del Decreto Ministeriale di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 64, comma 2, del DPCM 12.01.2017, le prestazioni sanitarie riconosciute in regime di esenzione per gli assistiti affetti da malattie croniche e invalidanti, restano quelle stabilite nell'attuale disciplina regionale, integrate con quelle che, in occasione dell'adozione del DPCM 12.01.2017, sono state inserite nell'Allegato 8 bis, come risulta nella **Tabella 1**. Dalla data di entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale si dovrà fare esclusivo riferimento all'Allegato 8 per le prestazioni erogabili in regime di esenzione in favore degli assistiti affetti da malattie croniche e invalidanti. Nel periodo transitorio per le 6 nuove patologie inserite, le prestazioni erogabili in regime di esenzione sono quelle indicate nell'Allegato 8 Bis allo stesso DPCM, come riportate nella **Tabella 2**. Il rilascio degli attestati di esenzione per le 6 nuove patologie individuate, secondo le modalità stabilite dal D. M. 329/1999, sarà possibile a partire dal **1° agosto 2017**.

Al fine di consentire la fruizione delle prestazioni agli assistiti si provvederà all'adeguamento dei diversi sistemi informativi sanitari coinvolti, ovvero i sistemi informativi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, il CUP regionale, i sistemi informativi della medicina convenzionata, i sistemi informativi delle strutture private accreditate,.

Relativamente all'**assistenza alle persone affette da fibrosi cistica (art. 54)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 645 del 20.04.2009 "Progetto di un nuovo modello assistenziale per la fibrosi cistica: ridefinizione del ruolo e dell'organizzazione del centro di riferimento regionale e della sua integrazione con le strutture territoriali zonali".

Relativamente ai **nefropatici in trattamento dialitico (art. 55)** il DPCM 12.01.2017 ha inserito nei LEA il rimborso delle spese di trasporto dal domicilio al centro dialisi per soggetti nefropatici cronici in trattamento dialitico, la Regione Marche per i nefropatici cronici autosufficienti aveva previsto il rimborso delle spese di trasporto verso i centri dialisi quale livello aggiuntivo regionale, disciplinato dalla Legge regionale 27.06.1984 n. 15 "Ulteriori provvidenze a favore dei soggetti affetti da uremia cronica", ora abrogata dalla Legge regionale 28.04.2017, n.15 "Disposizioni di semplificazione e aggiornamento della normativa regionale".

Con la presente deliberazioni si stabilisce che agli **assistiti nefropatici cronici** che per recarsi ai centri dialisi si avvalgono di mezzi propri o pubblici sia riconosciuto il rimborso delle spese di trasporto come di seguito specificato:

1. qualora si avvalgano di mezzi pubblici (autobus e/o treno), il rimborso della spesa sostenuta;
2. qualora si avvalgano di mezzo proprio o di terzi, un contributo pari a 1/5 del costo della benzina per Km. percorso dal domicilio al centro dialisi e ritorno, nonché eventuali spese per pedaggi autostradali documentati;
3. qualora il trasporto venga espletato in forma singola da terzi (familiare convivente, addetti all'assistenza personale -badanti- volontariato etc.) il contributo chilometrico, di cui al punto 2., può essere corrisposto per i viaggi di andata e ritorno effettuati dall'accompagnatore, due volte nella stessa giornata (4 spostamenti/die), fino ad un massimo di 100 Km;
4. qualora il trasporto venga organizzato in forma collettiva dal Centro dialisi, con la collaborazione della Centrale Coordinamento Trasporti (CCT) e delle Associazioni di volontariato, sarà riconosciuto al vettore delegato dai pazienti interessati, il contributo di cui al punto 2. calcolato sulla base della distanza



percorsa per il trasporto del paziente più distante dal Centro dialisi. A tale contributo sarà aggiunta una quota supplementare, pari al 20% dello stesso, per ogni ulteriore paziente trasportato.

I rimborsi/contributi non spettano quando l'assistito necessita di trasporto di carattere sanitario disciplinato dalla deliberazione di Giunta regionale n. 301 del 29.03.2017 "DGR n. 292/2012: "L.R. 36/1998 modificata dalla L.R. 11 aprile 2011 n. 6 - Criteri per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario" e DGR n. 1637/2016 relativa alla proroga delle deliberazioni DGR n. 968/13 e DGR n. 131/14. Modifica ed integrazione". La richiesta di trasporto sanitario per sedute dialitiche - modulo RT ospedale - è di competenza del Responsabile dell'Unità operativa di Nefrodialisi che ha la presa in carico dell'assistito.

Relativamente ai **trasporti sanitari**, ad integrazione di quanto stabilito nella suindicata deliberazione n. 301/2017, si precisa che l'autorizzazione all'espletamento di trasporti sanitari per casi particolarmente complessi, non esplicitamente contemplati nella stessa, è di competenza del Direttore del distretto di residenza, o suo delegato, che valuta, caso per caso, la sussistenza di requisiti tali per consentire la presa in carico da parte del SSR.

Relativamente alle **persone affette da Morbo di Hansen (art. 56)** si deve fare riferimento alla Legge 31.03.1980 n. 126 "Indirizzo alle Regioni in materia di provvidenze a favore degli Hanseniani e loro familiari" e s.m.i. e alla Legge 27.10.1993 n. 433 "Rivalutazione del sussidio a favore degli Hanseniani e loro familiari".

Relativamente alle **persone con infezione da HIV/AIDS (art. 57)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 293 del 08.03.2011 "Attuazione D.A. n. 138/2004 e D.G.R. n. 1305/2004 in materia HIV/AIDS - Linee di indirizzo per la continuità dell'assistenza".

Relativamente alle **persone detenute e internate negli Istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale (art. 58)** si deve fare riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1220 del 30.12.2015 "Recepimento dell'Accordo della Conferenza Unificata rep. n. 3 del 22 gennaio 2015 "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" e realizzazione del relativo modello organizzativo nella Regione Marche".

Relativamente all'**assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità (art. 59)** il DPCM 12.01.2017 abroga, dalla data di entrata in vigore dello stesso, il D. M. 10.09.1998 "Aggiornamento del D. M. 06.03.1995 concernente l'aggiornamento del D. M. 14.04.1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità", sostituendo le prestazioni erogabili in regime di esenzione con gli allegati 10 A, 10 B e 10 C al DPCM stesso. Fintanto che non sarà approvato il Decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 64, comma 2, del DPCM 12.01.2017, si continuano ad erogare le prestazioni comprese nel Nomenclatore tariffario regionale, in associazioni ai codici di esenzione attualmente in uso.

Relativamente alle **persone con disturbi dello spettro autistico (art. 60)** si deve fare riferimento alla Legge 18.08.2015, n. 134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" e alla Legge regionale 09.10.2014, n. 25 "Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico" e agli atti regionali attuativi in via di predisposizione.

Relativamente all'**assistenza sanitaria all'estero (art. 61)** si deve fare riferimento Regolamenti di sicurezza Sociali CE nn. 883/2004 e 987/2009 e al D. Lgs. 38/2014 in attuazione della Direttiva 2011/24/UE relativa all'assistenza transfrontaliera.



Relativamente ai cittadini non appartenenti all'Unione Europea, regolarmente iscritti al SSN e quelli non in regola con il permesso di soggiorno (artt. 62 e 63) si deve fare riferimento all'Accordo Stato Regioni CSR del 20 dicembre 2012, n. 255 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" e alle deliberazioni di Giunta regionale n. 1516 del 28.12.2006 "Organizzazione di ambulatori di medicina generale presso i presidi Distrettuali delle Zone Territoriali della ASUR Marche per immigrati non in possesso di permesso di soggiorno", n. 1 del 13.01.2015 "Monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" e n. 857 del 12.10.2015 "Approvazione dello Schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Marche, le Prefetture delle Marche e l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia delle Marche, per interventi di accoglienza e integrazione atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini stranieri provenienti dai paesi terzi".

La normativa regionale suindicata risulta sostanzialmente coerente con il quadro generale disegnato dai nuovi LEA, sono in fase di avanzata predisposizione alcuni atti regionali di adeguamento alle ulteriori indicazioni contenute del DPCM 12.01.2017.

§



TABELLA 1

PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI

**Ulteriori prestazioni erogabili in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria
(Allegato 8 Bis DPCM 12.01.2017)**

0A02 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)			
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	non più di 1 volta l'anno
per i soggetti di cui al codice 0A02 v 45.0 oltre alle prestazioni di cui al codice 89.01;89.52;87.44.1;88.72.3; 89.41; 89.43;89.50				
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER			
per i soggetti affetti da fibrillo flutter atriale di cui al codice 0A02.427 in terapia con amiodarone oltre alle prestazioni di cui al codice 89.01;89.52;87.44.1;88.72.3; 89.41; 89.43;89.50				
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)			
per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione oltre alle prestazioni di cui al codice 89.01;89.52;87.44.1;88.72.3; 89.41; 89.43;89.50				
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIocardica DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO			non più di 1 volta ogni 3
0B02 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
87.03	TOMOGRafia COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	87.03.1	TOMOGRafia COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	
per i soggetti che necessitano di terapie riabilitative dopo un evento collegato ad occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (0B02.433); occlusione delle arterie cerebrali (0B02.434); e altre mal definite arteriovasculopatie cerebrali (0B02.437) oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 87.03.1; 88.73.6				
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnose e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)			
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)			
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)			
0C02 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica			



006 ARTRITE REUMATOIDE				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale			
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno			non più di 1 volta l'anno
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)			
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO			
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici			non più di 1 volta l'anno
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)			non più di 1 volta l'anno
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale			ogni 12-18 mesi
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]			
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali			
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare			
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)			
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg			
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI			
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI			
in età pediatrica, in aggiunta alle precedenti				
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo			
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA Non associabile al codice 88.79.2			
007 ASMA				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA			
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE			
008 CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE				
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]			



009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA			
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale			
48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)			
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]			
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]			
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]			
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]			
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA			
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)			
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]			
90.42.5	TRANSFERRINA [S]			
90.13.5	COBALAMINA (VIT B12) [S]			
90.30.2	LIPASI [S]			
013	DIABETE MELLITO			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.84.4	BATTERIANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)			
86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO			
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]			
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo			
05.31	INEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare			
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO			
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG			
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo			
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo			
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO			
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre			
NEL DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta				
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)			
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Aib]			
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)			
In caso di trattamento con Interferone, in aggiunta:				
90.44.5	VITAMINA D			



017	EPILESSIA (escluso: S. di Lennox - Gastault)			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
87.03	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo			non più di 1 volta l'anno
019	GLAUCOMA			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
89.11	TONOMETRIA			
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad ericampi			
95.21	ELETTRORETINOGRFIA (ERG, FLASH-PATTERN)			
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica			
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
023	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]			
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]			
024	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.41.2	TEOFILLINA			
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]			
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]			
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali			
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)			
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO			
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale			non più di 1 volta ogni 12-
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]			



027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
In caso di complicanza cardiaca in aggiunta:				
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica			non più di 1 volta l'anno
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]			
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]			
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)			
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]			
90.43.2	TRIGLICERIDI			
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)			
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI			
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg			
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)			
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI			
nell'artropatia lupica in aggiunta:				
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)			
030	MALATTIA DI SJOGREN			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)			non più di 1 volta l'anno
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali			
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale			non più di 1 ogni 12-18 mesi
09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale			
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI			
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI			
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg			
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)			



032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)			
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)			
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi			non più di 1 volta l'anno
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]			
037	MORBO DI PAGET			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND DERIV , F.L.			
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	non più di una volta l'anno
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]			
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]			
99.23	INEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni			
81.92	INEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO			
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]			
042	PANCREATITE CRONICA			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND DERIV , F.L.			
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni Non associabile ai codici 87.71, 88.01.5 e 88.01.3			
90.13.5	COBALAMINA (VIT B12) [S]			
044	PSICOSI			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta: controllo cardiologico -				
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			



045	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]			
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]			
Nella forma artropatica (696.0) in aggiunta:				
81.92	INEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO			
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare			
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare			
99.23	INEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni			
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO			
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale			non più di 1 ogni 12-18 mesi
nella forma artropatica (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI			
90.16.3	CREATININA [S/U]dU/La]			
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)			
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg			
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI			
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			
054	SPONDILITE ANCHILOSANTE			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale			non più di 1 volta l'anno
nelle forme radiologicamente evidenti				
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.			
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)			
81.92	INEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO			
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)			
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
99.23	INEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni			
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)			
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:				
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]			
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)			
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg			
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]			
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI			
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI			



055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)			
Codice Prestazione	Descrizione	In alternativa		Frequenza
		Codice Prestazione	Descrizione	
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]			
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)			



TABELLA 2

PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI DI NUOVA INTRODUZIONE
(Allegato 8 Bis DPCM 12.01.2017)

057 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"				
Codice prestazione	DESCRIZIONE	IN ALTERNATIVA		Frequenza
		Codice prestazione	DESCRIZIONE	
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)			ogni 12 mesi
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.			ogni 6 mesi
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE			ogni 6 mesi
89.44.2	TEST DEL CAMMINO			ogni 6 mesi
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			ogni 12 mesi
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	ogni 6 mesi
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA			ogni 12 mesi
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]			ogni 6 mesi
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/d/U/La]			ogni 6 mesi
90.44.1	UREA [S/P/U/d/U]			ogni 6 mesi
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO			ogni 6 mesi
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.			ogni 6 mesi
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			ogni 6 mesi
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			ogni 6 mesi
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			ogni 6 mesi
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)			ogni 12 mesi
per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:				
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	ogni 6 mesi
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)			ogni 6 mesi
060 OSTEOMIELE CRONICA				
Codice prestazione	DESCRIZIONE	IN ALTERNATIVA		Frequenza
		Codice prestazione	DESCRIZIONE	
88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (Minimo 2 radiogrammi)			
88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (Minimo 2 radiogrammi)			
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo.			
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.			
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]			
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)			
90.85.1	BATTERIANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)			
90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni			
92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA			
92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA			
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I			



061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)			
Codice prestazione	DESCRIZIONE	IN ALTERNATIVA		Frequenza
		Codice prestazione	DESCRIZIONE	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)			
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE			
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,			
89.24	UROFLUSSOMETRIA			
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA			
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]			
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]			
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]			
90.16.4	CREATININA CLEARANCE			
90.22.5	FERRO [S]			
90.24.5	FOSFORO			
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]			
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali			
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]			
90.42.5	TRANSFERRINA [S]			
90.43.2	TRIGLICERIDI			
90.43.5	URATO [S/U/dU]			
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]			
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO			
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.			
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
90.85.1	BATTERIANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)			
90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica			
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
in caso di positività del 90.38.4				
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali			
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE			
Codice prestazione	DESCRIZIONE	IN ALTERNATIVA		Frequenza
		Codice prestazione	DESCRIZIONE	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)			
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,			
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]			
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO			
90.85.1	BATTERIANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)			
90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica			
in caso di sospetta neoplasia, in aggiunta:				
88.01.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni			



063	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)			
Codice prestazione	DESCRIZIONE	IN ALTERNATIVA		Frequenza
		Codice prestazione	DESCRIZIONE	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)			ogni 6 mesi
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) Non associabile a Ecografia ovarica (88.78.1)			ogni 6 mesi
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	ogni 6 mesi
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,			ogni 6 mesi
in caso di sospetta ostruzione intestinale, oltre alle precedenti				
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non associabile a Clisma con doppio contrasto (87.65.2)			
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)			
LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA SINDROME NELLE FORME INDIVIDUATE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI;				