



## GIUNTA REGIONALE

### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1852 DEL 05/12/2023

ADUNANZA N. 208

LEGISLATURA XI

PROT. N. 1973

TIPO D'ATTO: DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSESSORE PROPONENTE: FILIPPO SALTAMARTINI

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE

**OGGETTO: Indicazioni alle Aziende Sanitarie Territoriali per l'adeguamento degli attestati di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le malattie e condizioni croniche e invalidanti all'entrata in vigore, dal 01.01.2024, degli Allegati 4 e 8 al DPCM 12.01.2017. Aggiornamento, con decorrenza 01.01.2024, delle prestazioni a tutela della maternità e gravidanza erogabili in regime di esenzione di cui all'Allegato 10 al DPCM 12.01.2017**

Il giorno 05 dicembre 2023, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| - Francesco Acquaroli  | Presidente     |
| - Filippo Saltamartini | Vicepresidente |
| - Stefano Aguzzi       | Assessore      |
| - Chiara Biondi        | Assessore      |
| - Goffredo Brandoni    | Assessore      |

Sono assenti:

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| - Andrea Maria Antonini | Assessore |
| - Francesco Baldelli    | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Francesco Acquaroli.

Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Francesco Maria Nocelli.

Riferisce in qualità di relatore il Vicepresidente Filippo Saltamartini.

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

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: Indicazioni alle Aziende Sanitarie Territoriali per l'adeguamento degli attestati di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le malattie e condizioni croniche e invalidanti all'entrata in vigore, dal 01.01.2024, degli Allegati 4 e 8 al DPCM 12.01.2017. Aggiornamento, con decorrenza 01.01.2024, delle prestazioni a tutela della maternità e gravidanza erogabili in regime di esenzione di cui all'Allegato 10 al DPCM 12.01.2017

### **LA GIUNTA REGIONALE**

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

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

VISTA la proposta, che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della Legge regionale 30.07.2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Direttore del Dipartimento Salute e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico del bilancio regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

### **DELIBERA**

- di approvare le indicazioni alle Aziende Sanitarie Territoriali per l'adeguamento degli attestati di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le malattie e condizioni croniche e invalidanti all'entrata in vigore, dal 01.01.2024, degli Allegati 4 e 8 al DPCM 12.01.2017 e aggiornamento, con decorrenza 01.01.2024, delle prestazioni a tutela della maternità e gravidanza erogabili in regime di esenzione di cui all'Allegato 10 al DPCM 12.01.2017 come risultante nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
(Francesco Maria NOCELLI)

Documento informatico firmato digitalmente

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**  
(Francesco ACQUAROLI)

Documento informatico firmato digitalmente



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

#### **Normativa di riferimento**

- D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D. M. 10.09.1998 "Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 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";
- D. M. n. 329 del 28.05.1999 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. a) del D. Lgs. 29.04.1998, n. 124";
- D. M. n. 279 del 18.05.2001 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124";
- D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 1031 del 18.09.2006 "Malattie rare - Revisione dell'applicazione in ambito regionale del D. M. 279/2001 - Individuazione di altre funzioni di interesse regionale";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 1369 del 26.11.2007 "D. M. 279/2001 - Integrazione elenco malattie rare";
- D. L. 09.02.2012 n. 5 "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo" convertito con modificazioni dalla Legge 04.04.2012, n. 35;
- D. M. 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";
- D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Deliberazione di Giunta regionale n. 716 del 26.06.2017 "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";
- Circolare del Ministero della Salute n. 35643 del 06.11.2017 "Prime indicazioni per l'applicazione del DPCM 12 gennaio 2017";



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- Deliberazione di Giunta regionale n. 126 del 13.02.2019 “Criteri per la presa in carico della paziente con Diabete Gestazionale “GDM”;
- Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 23.06.2023 “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”.

### **Motivazione ed esito dell’istruttoria**

Il D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 all’art. 1 recante “Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali di assistenza”, precisamente al comma 2 dispone che: *“Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, 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 nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse”*.

Il D. M. 10.09.1998 individua le prestazioni erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

Il D. M. 271/2001 disciplina le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo delle malattie rare per le correlate prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei livelli essenziali di assistenza.

Il D. M. 329/1999 individua le condizioni di malattie croniche e invalidanti che danno diritto alla esenzione dalla partecipazione al costo, per le prestazioni sanitarie incluse nei LEA, correlate alle specifiche patologie, appropriate ai fini del monitoraggio della evoluzione della malattia e della efficacia per la prevenzione di ulteriori aggravamenti.

D. M. n. 279 del 18.05.2001 “Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124”;

Con la DGR n. 1031/2006 è stato definito, tra l’altro, il percorso da seguire per la diagnosi e il riconoscimento dell’esenzione per i soggetti affetti da malattie rare.

Con la DGR n. 1369/2007 si è provveduto, in esito alle risultanze dell’attività del gruppo tecnico regionale per le malattie rare, a integrare l’elenco delle malattie rare di cui al D. M. 271/2001 con ulteriori 30 malattie assoggettate alla medesima disciplina delle altre malattie rare, assegnando a ciascuna un codice identificativo regionale.

Il D. L. 5/2012 stabilisce, al fine di ridurre gli adempimenti amministrativi alle persone affette da malattie croniche ed invalidanti, di definire con decreto ministeriale - previo Accordo con la



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - il periodo minimo di validità degli attestati di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in relazione alle diverse patologie.

In attuazione della suindicata disposizione è stato adottato il D. M. 23.11.2012 che individua il periodo minimo di validità dell'attestato di esenzione per ciascuna delle malattie croniche e invalidanti di cui al D. M. 329/1999 e prevede che:

- le Regioni possano fissare periodi di validità degli attestati più lunghi rispetto a quelli indicati nello stesso;
- le Aziende sanitarie locali, in occasione del rinnovo degli attestati già in possesso degli aventi diritto, rilascino i nuovi attestati con validità non inferiore a quella fissata nello stesso.

Il DPCM 12.01.2017 aggiorna i LEA - approvati per la prima volta con il DPCM 29.11.2001 - apportando importanti modifiche al Nomenclatore dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (Allegato 4), includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete, introducendo numerose procedure diagnostiche e terapeutiche che, rispetto al precedente Nomenclatore, approvato con il Decreto Ministeriale del 22.07.1996, avevano carattere quasi "sperimentale" oppure erano eseguibili in sicurezza soltanto in regime di ricovero ospedaliero. Tra le altre novità ha innovato il Nomenclatore dell'Assistenza Protesica e revisionato l'elenco delle malattie croniche e invalidanti e l'elenco delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Si evidenzia che i nuovi LEA ricomprendono nell'elenco delle malattie rare 21 malattie rare introdotte con la DGR 1369/2007 e che, pertanto, perdono il codice regionale di esenzione e assumono il codice nazionale di esenzione.

Gli Allegati 10A, 10B e 10C al DPCM LEA individuano le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a tutela della gravidanza e della maternità, si tratta di prestazioni selezionate dal nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4, che saranno applicabili soltanto dopo l'approvazione del Decreto tariffe e, pertanto, come specificato dalla Circolare del Ministero della Salute prot. n. 35643 del 06.11.2017 recante "Prime indicazioni per l'applicazione del DPCM 12.01.2017" fino a quella data resta in vigore il Decreto ministeriale 10.09.1998.

Gli aggiornamenti introdotti dal DPCM LEA non erano immediatamente operativi in quanto l'art. 64 del DPCM 12.01.2017, recante "Norme finali e transitorie" stabilisce:

- al comma 2) che: *"Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale ... entrano in vigore dalla data di pubblicazione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze ... per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni...Dalla medesima data sono abrogati il Decreto Ministeriale 22 luglio 1996 ... e il Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015 .... Fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto nell'Allegato 8 bis";*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- al comma 3) che: *“Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'art. 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”*;
- al comma 4) che: *“Le disposizioni in materia di malattie rare di cui all'art. 52 e all'allegato 7 entrano in vigore dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto; entro tale data le regioni e le province autonome adeguano le Reti regionali per le malattie rare con l'individuazione dei relativi Presidi e i Registri regionali”*;
- al comma 5) che: *“Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e successive integrazioni e modificazioni è abrogato, fermo restando quanto previsto dai commi 2 e 3 e 4”*.

La Giunta regionale con la deliberazione n. 716/2017 ha recepito i “nuovi” LEA specificando per ogni articolo gli aspetti immediatamente applicabili e quelli che sarebbero diventati operativi una volta adottato il Decreto Tariffe, disciplinando nel contempo il periodo transitorio.

In particolare, recepisce, secondo la tempistica stabilita dallo stesso DPCM LEA, le novità introdotte in materia di malattie rare e di malattie croniche e invalidanti, ovvero:

- l'inserimento di 6 nuove malattie nell'elenco delle malattie croniche e invalidanti:

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

- l'assegnazione di uno specifico codice di esenzione per i donatori di organo:

| CODICE<br>ESENZIONE | PATOLOGIA         |
|---------------------|-------------------|
| 058                 | DONATORI D'ORGANO |



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- lo spostamento di 5 malattie dall'esenzione per malattia rara all'esenzione per malattia cronica e invalidante:

| 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 |

- lo spostamento di 2 malattie dall'esenzione per patologia cronica e invalidante all'esenzione per malattia rara:

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

Il Ministero della Salute con la Circolare prot. 35643 del 06.11.2017 precisa che: *“Si provvederà al più presto ad aggiornare il decreto che fissa la durata minima dell’attestato di esenzione (decreto ministeriale del 23.11.2012 in G. U. n. 33 del 8 febbraio 2013), prevedendo, per tutte le nuove patologie inserite nell’elenco (le sei nuove e le quattro trasferite dall’elenco delle malattie rare), una dura di esenzione illimitata. In attesa dell’aggiornamento, si invitano le Regioni a rilasciare i nuovi attestati di esenzione per queste patologie con durata illimitata”.*

Per quel che riguarda l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale la DGR 716/2017 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 il Nomenclatore tariffario regionale approvato con la DGR n. 1468 del 29.12.2014”;* stabilendo che: *“Fino alla data di pubblicazione del Decreto Ministeriale di definizione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ... le prestazioni riconosciute in esenzione per gli assistiti affetti da malattie croniche e invalidanti, restano quelle stabilite nell’attuale disciplina regionale, integrate con quelle ... inserite nell’Allegato 8 bis al DPCM 12.01.2017. Specificando che: “Dalla data di entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore della*



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

*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".*

La DGR dispone inoltre che *"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 ... cessa la validità dell'esenzione regionale H01. Tali prestazioni, pertanto, rientrano nel normale regime di compartecipazione previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale".*

Infine, il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze del 23.06.2023 ha determinato, in attuazione dell'art. 8 sexies, commi 5 e 7, le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica. Il Decreto dispone che le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale entrano in vigore dal 1° gennaio 2024 e per l'assistenza protesica dal 1° aprile 2021.

Con la DGR 126/2019 sono stati approvati i criteri per la presa in carico delle pazienti con diabete gestazionale prevedendo il rilascio di un attestato di esenzione con codice regionale RM013T, con durata limitata al periodo di gravidanza (validità fino alla data presunta del parto), che consente l'erogazione in regime di esenzione di tutte le prestazioni previste per il Diabete mellito (Codice 013.250) e di ulteriori prestazioni e presidi medici funzionali al monitoraggio dell'alterazione del metabolismo glucidico.

Tutto ciò premesso, si propone di approvare le indicazioni alle Aziende Sanitarie Territoriali ai fini dell'adeguamento degli attestati di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le malattie e condizioni croniche e invalidanti, all'entrata in vigore, dal 1° gennaio 2024, del Nomenclatore della Specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4 del DPCM 12.01.2017 con la conseguente applicazione dalla stessa data dell'Allegato 8 al DPCM 12.01.2017, come risultante nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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)**

*Documento informatico firmato digitalmente*



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### **PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE**

Il sottoscritto propone la presente deliberazione e, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica.

Attesta, altresì, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio regionale.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 DIRETTORE  
(Antonio DRAISCI)**

*Documento informatico firmato digitalmente*

**ALLEGATI**



**INDICAZIONI ALLE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI (AST) PER L'ADEGUAMENTO DEGLI ATTESTATI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER LE MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI ALL'ENTRATA IN VIGORE, DAL 01.01.2024, DEGLI ALLEGATI 4 E 8 AL DPCM 12.01.2017. AGGIORNAMENTO, CON DECORRENZA 01.01.2024, DELLE PRESTAZIONI EROGABILI IN REGIME DI ESENZIONE A TUTELA DELLA MATERNITA' E DELLA GRAVIDANZA DI CUI ALL'ALLEGATO 10 AL DPCM 12.01.2017.**

## **INTRODUZIONE**

Il DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" è integralmente sostitutivo del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e di numerosi altri provvedimenti. Infatti, mentre il decreto del 2001 aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava per lo più a una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, il decreto del 2017 si propone come fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN.

Il DPCM 12.01.2017 ha, tra le diverse novità, apportato importanti modifiche al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, come risultante nell'Allegato 4, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate, eliminando quelle ormai obsolete, introducendo nuove prestazioni prima erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, dedicando particolare attenzione all'appropriatezza clinica prevedendo l'obbligatorietà del quesito o sospetto diagnostico e che alcune specifiche prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale siano associate a "condizioni di erogabilità" o "indicazioni di appropriatezza prescrittiva" riportate nell'Allegato 4D.

Ha inoltre revisionato gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti, provvedendo inoltre all'aggiornamento delle prestazioni erogabili in regime di esenzione per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.

La Giunta regionale con la deliberazione n. 716 del 26.06.2017 "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" ha recepito i "nuovi" LEA specificando per ogni articolo gli aspetti immediatamente applicabili e quelli che sarebbero diventati operativi una volta adottato il Decreto Tariffe, disciplinando nel contempo il periodo transitorio.

Il Ministero della Salute con nota circolare n. 35643 del 06.11.2017 "Prime indicazioni per l'applicazione del DPCM 12 gennaio 2017" ha fornito le disposizioni funzionali a una omogenea applicazione delle disposizioni contenute nel Decreto.

A seguito dell'adozione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 23.06.2023 "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" diventa operativo, con decorrenza 1° gennaio 2024, il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale. L'entrata in vigore del nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale comporta delle modifiche sulle esenzioni,

come di seguito esplicitato.

## ESENZIONE PER MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI

Ai fini dell'esenzione sono individuate 64 malattie/condizioni croniche e invalidanti contenute nell'Allegato 8 al DPCM 12.01.2017, di queste, 56 malattie/condizioni erano già individuate dal D. M. 329/1999.

Il DPCM LEA prevede:

- il riconoscimento dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per 6 nuove malattie croniche:

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

- 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 |

- lo spostamento di 2 malattie dall'esenzione per patologia cronica e invalidante, precedentemente incluse nell'elenco allegato al D. M. 329/1999, nell'elenco delle malattie rare riportato nell'Allegato 7 del DPCM 12.01.2017, come di seguito riportato:

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

Entrambi gli spostamenti tra malattie croniche e invalidanti - malattie rare e viceversa, come sopra riportate, sono operativi dal 15.09.2017 in quanto il DPCM 12.01.2017, all'art. 64, comma 4), stabiliva che *“Le disposizioni in materia di malattie rare di cui all'art. 52 e all'Allegato 7 entrano in vigore dal centottantesimo giorno dall'entrata in vigore del presente decreto ...”* così come ribadito dalla DGR 716/2017.

**Le AST dovranno verificare se agli assistiti già in possesso dell'esenzione per le suindicate malattie e condizioni croniche e invalidanti e malattie rare siano stati rilasciati gli attestati di esenzione secondo quanto stabilito dal DPCM 12.01.2017.**

- 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.

| CODICE ESENZIONE | CONDIZIONE        |
|------------------|-------------------|
| 058              | DONATORI D'ORGANO |

Le malattie comprese nell'Allegato 8 sono definite secondo la Classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), tranne particolari condizioni per le quali non è possibile individuare una specifica codifica (es. “051 Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici”).

La tabella di corrispondenza dell'Allegato 8 associa a ciascuna malattia o condizione esente, uno specifico codice numerico composto di due parti:

- la prima parte di 3 cifre, reca la numerazione progressiva della malattia/condizione;
- la seconda parte, composta di 3, 4 o 5 cifre, corrisponde al codice identificativo della malattia secondo l'ICD-9-CM. Nel caso in cui la condizione individuata non sia stata definita sulla base della classificazione ICD-9-CM, il codice identificativo è composto soltanto dalle prime 3 cifre.

Per la maggior parte delle malattie sono individuate specifiche prestazioni fruibili in esenzione (**pacchetto prestazionale**), incluse nel Nomenclatore della Specialistica ambulatoriale, che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Il medico sceglierà tra queste quali prescrivere di volta in volta, nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di efficacia, in relazione alle condizioni cliniche e alle esigenze assistenziali del singolo paziente.

Per alcune malattie e condizioni, le prestazioni non sono identificate puntualmente in quanto le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. In questi casi, a garanzia di una maggior tutela del paziente e di una maggiore flessibilità assistenziale, il medico le individuerà di volta in volta, sempre secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, in relazione alle necessità cliniche del singolo caso. Le prestazioni dovranno comunque essere sempre comprese nei LEA, appropriate per il monitoraggio della malattia e delle sue complicanze ed efficaci per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Dal 1° gennaio 2024 le prestazioni erogabili in regime di esenzione agli assistiti affetti da malattie croniche e invalidanti sono quelle riportate nell'Allegato 8 al DPCM 12.01.2017 come riportate nella **Tabella 1**.

Il Ministero della Salute nella circolare del 06.11.2017 precisa che il DPCM 12.01.2017 prevede che l'esenzione per **"Ipertensione arteriosa"** venga suddivisa in due codici:

| CODICE<br>ESENZIONE | PATOLOGIA                                          |
|---------------------|----------------------------------------------------|
| 0A31                | IPERTENSIONE ARTERIOSA <b>SENZA</b> DANNO D'ORGANO |
| 0031                | IPERTENSIONE ARTERIOSA <b>CON</b> DANNO D'ORGANO   |

A ciascuna delle due condizioni è associato un pacchetto prestazionale correlato al livello di gravità e alle diverse necessità assistenziali degli assistiti. Tale suddivisione consente di individuare meglio le prestazioni da concedere in esenzione per il monitoraggio della patologia in relazione alle diverse esigenze assistenziali, e consente di dare a ciascun assistito ciò di cui ha effettivamente bisogno.

Le AST dovranno quindi informare gli assistiti già riconosciuti esenti della necessità di procedere alla sostituzione degli attestati di esenzione, dietro presentazione della documentazione clinica che attesti la presenza/assenza del danno d'organo. In questa procedura sarà fondamentale la collaborazione degli MMG e, in ogni caso, sarà necessario minimizzare per quanto possibile il disagio per gli assistiti (ad esempio lettera di invito e rilascio a vista, invio a domicilio, consegna tramite MMG, ecc.).

In attesa dell'aggiornamento del D. M. 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" gli attestati di esenzione - rinnovati o rilasciati per la prima volta dalle AST - dovranno avere una validità non inferiore a quella fissata nell'Allegato 1 del suindicato DM (vedi **Tabella 2**). Mentre per tutte le nuove patologie croniche invalidanti (le 6 nuove patologie e le 4 patologie trasferite dall'elenco delle malattie rare) gli attestati di esenzione dovranno essere rilasciati con durata illimitata.

**LE AST DOVRANNO PROVVEDERE ALLA SOSTITUZIONE DEGLI ATTUALI ATTESTATI DI ESENZIONE PER MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI**

## **CON VALIDITÀ DAL 1° GENNAIO 2024 I QUALI DOVRANNO RIPORTARE L'ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI IN REGIME DI ESENZIONE COME RISULTANTE NELL'ALLEGATO 8 AL DPCM 12.01.2017.**

Nei casi in cui l'Allegato 8 propone prestazioni alternative con la dizione “oppure” ad esempio: ecocolordoppler cardiaco a riposo oppure ecocolordoppler cardiaco a riposo e dopo prova fisica, gli applicativi informatici per la prescrizione e l'erogazione dovranno contemplare entrambe le possibilità, considerato che la scelta della prestazione più appropriata è affidata di volta in volta al sanitario in relazione alle esigenze dell'assistito. In ogni caso, il medico potrà prescrivere solo una tra le alternative proposte.

Si anticipa che sono in fase di implementazione da parte del MEF/SOGEI dei controlli specifici per verificare la correttezza dell'abbinamento esenzione/prestazione. Così come sono allo studio soluzioni informatiche per garantire il rispetto delle frequenze massime di erogazione di alcune prestazioni, previste nell'Allegato 8 per il monitoraggio di alcune malattie, sia in termini di evoluzione clinica, sia di valutazione degli effetti collaterali dei farmaci, sia di prevenzione degli eventuali aggravamenti.

### **RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE**

Il diritto all'esenzione è riconosciuto dall'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di residenza dell'assistito sulla base della certificazione della malattia. Le procedure di riconoscimento devono essere definite in modo da evitare ogni possibile disagio al cittadino e prevenire la moltiplicazione degli accessi alle strutture sanitarie.

Sulla base di tale certificazione l'AST di residenza dell'assistito, nel rispetto della tutela dei dati personali, rilascia l'attestato di esenzione che riporta la definizione della malattia/condizione con il relativo codice identificativo e le prestazioni in esenzione.

Le certificazioni valide per il riconoscimento del diritto all'esenzione devono riportare la diagnosi e possono essere rilasciate da:

- le Aziende Sanitarie Territoriali;
- le Aziende Ospedaliere, compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato assimilati alle Aziende Ospedaliere ai sensi dell'art. 1, comma 3 del D. Lgs. 269/1993;
- gli Enti di ricerca di cui all'art. 40 della Legge 833/1978;
- gli Istituti di ricovero ecclesiastici classificati di cui all'art. 41 della Legge 833/1978;
- gli Istituti di ricovero ecclesiastici non classificati e le Istituzioni a carattere privato, riconosciuti presidi delle Aziende sanitarie locali ai sensi dell'art. 43, comma 2 della Legge 833/1978;
- le Istituzioni sanitarie pubbliche di paesi appartenenti all'Unione Europea.

Sono, altresì, valide ai fini del riconoscimento dell'esenzione:

- le certificazioni mediche rilasciate da commissioni mediche degli ospedali militari;
- la copia della cartella clinica rilasciata dalle strutture di cui sopra;
- la copia del verbale redatto ai fini del riconoscimento dell'invalidità;
- la copia della cartella clinica rilasciata da Istituti di ricovero accreditati e operanti nell'ambito del SSN, previa valutazione del medico del Distretto;
- le certificazioni rilasciate dai medici di assistenza primaria per le specifiche patologie individuate negli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

## ESENZIONE PER MALATTIE RARE

Il nuovo elenco delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (Allegato 7 al DPCM 12.01.2017) presenta una nuova strutturazione e contiene un numero elevato di nuove malattie esenti. L'elenco è entrato in vigore dal centottantesimo giorno dalla pubblicazione del DPCM, ovvero il 15.09.2017.

Il codice di esenzione delle malattie rare è composto da 6 caratteri (numeri e lettere) che, rispettando l'ordine progressivo dei settori previsti dalla classificazione ICD-9-CM, permette eventuali confronti e aggiornamenti:

- il primo carattere è la lettera "R" che indica che la malattia è individuata come rara;
- il secondo carattere è una lettera che indica il settore della classificazione ICD-9-CM cui la malattia o il gruppo di malattie appartiene;
- il terzo carattere è costituito o da un numero, nel caso di una malattia singola o dalla lettera "G", quando il codice si riferisce a un gruppo di malattie;
- i successivi caratteri indicano la numerazione progressiva della malattia o del gruppo di malattie comprese in ciascun settore.

Quando il codice si riferisce a un gruppo di malattie, tutte le malattie afferenti allo stesso gruppo (anche se non espressamente indicate in via esemplificativa) sono identificate da quel medesimo codice.

Per pure esigenze di classificazione, coerenti con le più recenti conoscenze scientifiche, alcune malattie già presenti nel precedente elenco sono state spostate in nuovi gruppi. Per evitare problemi a chi ha già l'esenzione, per tali malattie resta valido l'attestato che riporta il vecchio codice.

Per le malattie rare non è riportato un elenco dettagliato delle prestazioni esenti, in quanto essendo malattie che possono manifestarsi con quadri clinici molto diversi tra loro possono avere necessità assistenziali molto varie e complesse, sarà quindi il medico a dover scegliere tra le prestazioni incluse nei LEA, quelle più appropriate alla specifica situazione clinica e utili al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze ed efficaci per la prevenzione di ulteriori aggravamenti.

Il Ministero della Salute nella circolare del 06.11.2017 precisa che:

- la Sindrome di Kawasaki è stata esclusa dall'elenco delle malattie rare e non è stata inserita tra le malattie croniche e invalidanti. I pazienti affetti da tale Sindrome che presentino complicazioni cardiache o che presentino aneurismi coronarici o periferici (soggetti inclusi nelle classi di rischio cardiovascolare III, IV e V) potranno usufruire dell'esenzione per "Afezioni del sistema circolatorio" (codici 0A02, 0B02, 0C02) prevista dall'elenco delle malattie croniche e invalidanti.

Le AST dovranno procedere all'aggiornamento degli archivi, possibilmente in modo automatizzato, e alla sostituzione degli attestati di esenzione, curando di minimizzare, per quanto possibile, il disagio agli assistiti (ad esempio lettera di invito allo sportello e rilascio a vista, invio a domicilio, consegna tramite MMG, ecc.). dovranno provvedere alla sostituzione degli attestati curando di minimizzare, per quanto possibile, il disagio per gli assistiti, fino a quando la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN valuterà la richiesta di ripristinare l'inclusione della malattia nell'elenco.

- Il Favismo (deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi) è stato escluso dal gruppo delle anemie ereditarie (RDG010), in considerazione del fatto che la malattia non presenta le caratteristiche di gravità e invalidità prescritte dalla norma e che, in genere, le necessità assistenziali sono contingenti perché associate a crisi emolitiche acute; di conseguenza, i pazienti affetti da questa condizione non potranno più usufruire dell'esenzione. Le AST provvederanno a informare gli interessati, motivando adeguatamente le ragioni della scelta compiuta.
- Le malattie rare già presenti nell'elenco allegato al D. M. 279/2001 e confermate nel DPCM mantengono, nella quasi totalità dei casi, lo stesso codice di esenzione. Quando la malattia è ricompresa in un nuovo gruppo, mantiene comunque il vecchio codice ex D. M. 279/2001 ed esso è riportato fra parentesi vicino al nome della malattia.
- In pochissimi casi (Sindrome di Riley Day, Sindrome di Moebius, Sindrome di Schinzel-Giedion, Sindrome di Reifenstein), il vecchio codice di esenzione è scomparso e la malattia deve assumere il nuovo codice del gruppo in cui è stata ricompresa. In questi casi, le AST dovranno procedere all'aggiornamento degli archivi, possibilmente in modo automatizzato, e alla sostituzione degli attestati di esenzione già rilasciati ai pazienti affetti, curando di minimizzare, per quanto possibile, il disagio agli assistiti (ad esempio lettera di invito allo sportello e rilascio a vista, invio a domicilio, consegna tramite MMG, ecc.). Gli assistiti che chiederanno l'esenzione ex novo, riceveranno l'attestato con il nuovo codice.

Per quanto riguarda il riconoscimento del diritto all'esenzione delle ulteriori 30 malattie rare stabilito con la deliberazione di Giunta regionale n. 1369/2007, si evidenzia che i nuovi LEA ricomprendono 21 di queste malattie nell'elenco delle malattie rare e che, pertanto, perdono il codice regionale di esenzione e assumono il codice nazionale di esenzione, come di seguito indicato:

| <b>CODICE REGIONALE</b> | <b>DESCRIZIONE</b>                                                                                                                                                              | <b>CODICE NUOVI LEA</b> |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| RZ0002                  | ANGIODISPLASIA INTESTINALE                                                                                                                                                      | RA0020                  |
| RZ0003                  | CADASIL<br>(Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy)                                                                         | RF0310                  |
| RZ0004                  | CONDROCALCINOSI FAMILIARE                                                                                                                                                       | RNG050                  |
| RZ0005                  | COROIDITE SERPIGINOSA                                                                                                                                                           | RF0330                  |
| RZ0006                  | DEFICIT C1 INIBITORE                                                                                                                                                            | RC0191                  |
| RZ0007                  | DISPLASIA ECTODERMICA IPO-ANIDROTICA                                                                                                                                            | RNG151                  |
| RZ0010                  | IPOGONADISMO IPOGONADOTROPO                                                                                                                                                     | RC0022                  |
| RZ0011                  | ISTIOCITOSI NON X PAPULAR - XANTOMA<br>(da includere nelle Istiocitosi)                                                                                                         | RCG150                  |
| RZ0017                  | POLIRADICULONEUROPATIA DEMIELINIZZANTE<br>INFIAMMATORIA CRONICA ASSOCIATA A GAMMOPATIE<br>MONOCLONALI DI INCERTO SIGNIFICATO (CIDP-MGUS)<br>(da includere nelle Polineuropatie) | RF0180                  |

| <b>CODICE REGIONALE</b> | <b>DESCRIZIONE</b>                                                                                                                                 | <b>CODICE NUOVI LEA</b> |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| RZ0018                  | SARCOIDOSI CUTANEA E/O POLMONARE                                                                                                                   | RH0011                  |
| RZ0019                  | SINDROME DA IMMUNITA' ANTIFOSFOLIPIDICA                                                                                                            | RC0220                  |
| RZ0020                  | SINDROME DI CHAR                                                                                                                                   | RN1780                  |
| RZ0022                  | SINDROME DI GORLIN                                                                                                                                 | RB0070                  |
| RZ0023                  | SINDROME DI GUILLAIN - BARRE'                                                                                                                      | RF0183                  |
| RZ0024                  | SINDROME DI LARSEN                                                                                                                                 | RNG050                  |
| RZ0025                  | SINDROME DI SOTOS                                                                                                                                  | RNG093                  |
| RZ0026                  | SINDROME DI STIFF - MAN                                                                                                                            | RF0411                  |
| RZ0027                  | SINDROME DI WAARDENBURG                                                                                                                            | RNG095                  |
| RZ0028                  | SINDROMI AUTOINFIAMMATORIE                                                                                                                         | RCG161                  |
| RZ0029                  | SINDROMI PLURIMALFORMATIVE<br>(2 o più malformazioni gravi o una malformazione grave più ritardo mentale grave in soggetto senza diagnosi precisa) | RNG100<br>RNG011        |
| RZ0030                  | SIRINGOMIELIA                                                                                                                                      | RF0410                  |

Pertanto, ai soggetti in possesso degli attestati di esenzione per le suindicate 21 malattie rare vanno rilasciati nuovi attestati di esenzione riportanti il codice esenzione nazionale.

Mentre mantengono il codice esenzione regionale le seguenti 9 malattie rare individuate dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1369/2007:

| <b>CODICE REGIONALE</b> | <b>DESCRIZIONE</b>                        |
|-------------------------|-------------------------------------------|
| RZ0001                  | ADENOMATOSI EPATICA MULTIPLA              |
| RZ0008                  | IDROCEFALO NORMOTESO                      |
| RZ0009                  | IPOGAMMAGLOBULINEMIA COMUNE VARIABILE     |
| RZ0012                  | MALATTIA DI KIMURA                        |
| RZ0013                  | MEDIASTINITE SCLEROSANTE O FIBROSANTE     |
| RZ0014                  | OSTEOMA COROIDALE                         |
| RZ0015                  | OSTEOPOROSI IDIOPATICA GIOVANILE          |
| RZ0016                  | PANENCEFALITE SCLEROSANTE SUBACUTA (PESS) |
| RZ0021                  | SINDROME DI GILLES DE LA TOURETTE         |

Gli assistiti affetti dalle malattie rare indicate nell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017 (vedi **Tabella 3**) hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria.

## **RICONOSCIMENTO DELL'ESENZIONE PER MALATTIA RARE**

Data la peculiarità delle patologie, sarà un medico specialista del Servizio sanitario nazionale che, sulla base delle indicazioni del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta, provvederà a formulare il sospetto diagnostico di una malattia rara inclusa nell'elenco di cui all'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017.

L'assistito dovrà presentare al Distretto Sanitario dell'Azienda Sanitaria Territoriale di competenza la documentazione clinica relativa alla malattia e, sarà cura del Distretto inoltrarla al Centro Regionale di riferimento per le malattie rare, individuato nell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, quale struttura in grado di garantire la diagnosi definitiva della specifica malattia e di rilasciare la relativa certificazione, unico documento valido ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria, secondo la modulistica (Allegato 1) approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 1031 del 18.09.2006.

Contestualmente l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche provvederà alla compilazione della "Scheda di arruolamento" di cui all'Allegato 2 della DGR 1031/2006 al fine dell'aggiornamento dei Registri Regionale e Nazionale delle malattie rare.

Il Distretto Sanitario, acquisita la certificazione del Centro regionale di riferimento per le malattie rare, provvederà al rilascio dello specifico attestato di esenzione.

## ESENZIONI PER LA TUTELA DELLA GRAVIDANZA E DELLA MATERNITA'

La normativa nazionale non prevede il rilascio di uno specifico attestato per il riconoscimento del diritto all'esenzione per gravidanza. L'esenzione opera attraverso l'apposizione del relativo codice sulla prescrizione.

Dal 1° gennaio 2024 le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a tutela della gravidanza e della maternità sono quelle riportate nell'Allegato 10 al DPCM 12.01.2017:

- Sezione A: prestazioni necessarie e appropriate per accertare un rischio procreativo correlato a una malattia o un rischio genetico in uno o entrambi i genitori, evidenziati dalla storia clinica o familiare della coppia;
- Sezione B: prestazioni necessarie per il controllo della gravidanza fisiologica nonché in caso di aborto, sono gratuite tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio della gravidanza e, in caso di condizioni patologiche che comportano un rischio per la madre o per il feto, sono altresì gratuite tutte le prestazioni specialistiche necessarie al monitoraggio della condizione patologica;
- Sezione C: condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva in gravidanza, nelle specifiche condizioni di rischio di patologia fetale in esclusione dalla quota di compartecipazione al costo.

Le prestazioni erogabili in regime di esenzione di cui all'Allegato 10 Sezione B sono suddivise per settimana/trimestre di gravidanza, con la precisazione che per le donne che si presentano dopo la 13<sup>a</sup> settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso (vedi **Tabella 4**).

Con la DGR 126/2019 è stato definito il percorso per la presa in carico delle donne con diabete gestazionale ed è stata introdotta una esenzione regionale con codice **RM013T** con durata limitata al periodo di gravidanza (validità fino alla data presunta del parto) che consente l'erogazione in regime di esenzione di tutte le prestazioni previste per il Diabete mellito (Codice 013.250) di cui all'Allegato 8 al DPCM 12.04.2017 e delle seguenti ulteriori prestazioni (aggiornate sulla base di quanto previsto nell'Allegato 4 al DPCM 12.01.2017):

- 88.72.5 "Eco (color) dopplergrafia cardiaca fetale";
- 88.78.5 "Flussimetria (Ecocolordoppler fetoplacentare)

e presidi medici funzionali al monitoraggio dell'alterazione del metabolismo glucidico.

La DGR prevede, infine, il controllo della glicemia (codice prestazione 90.26.5 "Glucosio dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1" da prescrivere nel periodo di validità dell'esenzione RM013T e da effettuare 30-60 giorni dopo il parto.

## **FINE VALIDITA' CODICE DI ESENZIONE H01**

La DGR 716/2017 di recepimento dei “nuovi” LEA stabilisce che: *“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 ... cessa la validità dell’esenzione regionale H01. Tali prestazioni, pertanto, rientrano nel normale regime di compartecipazione previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”.*

Pertanto, dal 1° gennaio 2024 cessa la validità dell’esenzione regionale H01.

## **CATALOGO REGIONALE DELLE ESENZIONI**

Per consentire l’adeguamento dei diversi sistemi informativi di prescrizione, prenotazione erogazione e refertazione (regionali, aziendali, della medicina convenzionata, delle strutture sanitarie del privato accreditato e del CUP regionale) all’entrata in vigore del Nomenclatore della Specialistica ambulatoriale come stabilito dal D. M. 23.06.2023 e, conseguentemente, degli allegati al DPCM 12.01.2017 sotto riportati:

- Allegato 8 “Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti”;
- Allegato 10 - Sezione A “Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione pre-concezionale”;
- Allegato 10 - Sezione B “Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo”;
- Allegato 10 - Sezione C “Condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo”.

è pubblicato nel sito regionale degli “open data”:

<http://goodpa.regione.marche.it/dataset/catalogo-regionale-delle-prestazioni-sanitarie-ambulatoriali>  
il CATALOGO REGIONALE DELLE ESENZIONI aggiornato con le prestazioni erogabili in regime di esenzione in vigore dal 1° gennaio 2024 per:

- le malattie croniche e invalidanti;
- la tutela della gravidanza.

Per maggiori dettagli si può consultare la “Documentazione Tracciati Tabelle”, presente nello stesso dataset.

**TABELLA 1**  
**(ALLEGATO 8 DPCM 12.01.2017)**

| 001     | .253.0                                                                                                                                                                                                                                     | ACROMEGALIA E GIGANTISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FREQUENZA                 |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                            |                           |
| 87.03.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MDC (87.03.D)                                                                                                                                                                                              |                           |
| 89.7B.3 |                                                                                                                                                                                                                                            | PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| 90.11.4 |                                                                                                                                                                                                                                            | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 90.35.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
| 90.40.7 |                                                                                                                                                                                                                                            | INSULIN GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 91.49.2 |                                                                                                                                                                                                                                            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | PRESTAZIONI RADIOTERICAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO; .PRESTAZIONI DELLA BRANCA DI RADIOTERAPIA                                                                                                                                                                                                               |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                    |                           |
|         | .394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .4294; .433; .434; .437; .440; .441.2; .441.4; .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6; .452; .453; .4591; .557.1; .747; .V43.4; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0 | <b>AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO</b><br><b>(Escluso: 453.0 Sindrome di Budd-Chiari)</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FREQUENZA                 |
| 0A02    |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE ( .394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .4294; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0 )</b>                                                                                                                                                                         |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                            |                           |
| 87.44.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 88.72.2 |                                                                                                                                                                                                                                            | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                | non più di 1 volta l'anno |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
| 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)                                                                                                                                                                                | non più di 1 volta l'anno |
| 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                                                                                                                                                              |                           |
| 89.50   |                                                                                                                                                                                                                                            | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 89.52   |                                                                                                                                                                                                                                            | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                              |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>per i soggetti di cui al codice 0A02 v 45.0 oltre alla visita di controllo e alle prestazioni di cui al codice 89.52;87.44.1;88.72.3;89.41;89.50</b>                                                                                                                                                                             |                           |
| 89.48.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| 89.48.2 |                                                                                                                                                                                                                                            | CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>soggetti affetti da fibrillo flutter atriale di cui al codice 0A02.427 in terapia con amiodarone</b>                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| 90.42.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 90.42.3 |                                                                                                                                                                                                                                            | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascularizzazione</b>                                                                                                                                                                                                |                           |
| 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 |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>in caso di trattamento anticoagulante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 90.75.4 |                                                                                                                                                                                                                                            | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| 90.76.1 |                                                                                                                                                                                                                                            | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 91.49.2 |                                                                                                                                                                                                                                            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                    |                           |

| 0B02    |  | MALATTIE CEREBROVASCOLARI (.433; .434; .437 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |  | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 87.03   |  | TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|         |  | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 87.03.1 |  | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MDC (87.03.D)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 88.73.5 |  | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|         |  | <b>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 alle prestazioni 87.03.1; 88.73.5</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 93.11.1 |  | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle ?funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute                                                                                                                           |
| 93.11.2 |  | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle ?funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute |
| 93.89.2 |  | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnose e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|         |  | <b>in caso di trattamento anticoagulante:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 90.75.4 |  | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 90.76.1 |  | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 91.49.2 |  | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|         |  | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 0C02    |  | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI (.440; .441.2; .441.4; .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6; .452; .453; .4591; .557.1; .747; .V43.4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|         |  | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 87.44.1 |  | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 88.73.5 |  | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 88.76.3 |  | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 88.77.4 |  | ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|         |  | <b>Per i soggetti di cui ai codici 0A02; 0B02; 0C02, in trattamento anticoagulante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 90.75.4 |  | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 90.76.1 |  | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 91.49.2 |  | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|         |  | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 003     | .283.0          | ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|---------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|         |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA |
|         |                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 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 |           |
| 90.09.1 |                 | APTOGLOBINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 90.10.5 |                 | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi <sup>-</sup> restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.22.3 |                 | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 90.22.5 |                 | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.42.5 |                 | TRANSFERRINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 90.58.2 |                 | ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.62.2 |                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.74.5 |                 | RETICOCITOCITI. Conteggio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 91.49.2 |                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|         |                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |           |
| 005     | .307.1; .307.51 | ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|         |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA |
|         |                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 90.13.3 |                 | CLORURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.16.3 |                 | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.22.5 |                 | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.27.1 |                 | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.37.4 |                 | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.38.4 |                 | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.40.4 |                 | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.44.1 |                 | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.44.3 |                 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.62.2 |                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 91.49.2 |                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 94.12.1 |                 | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 94.3    |                 | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 94.42   |                 | PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 94.44   |                 | PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
|         |                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |           |

| 006                                                                | .714.0; .714.1; .714.2;<br>.714.30; .714.32;<br>.714.33 | ARTRITE REUMATOIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                                                                    |                                                         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FREQUENZA                   |
|                                                                    |                                                         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                    | 09.19                                                   | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|                                                                    | 45.16.1                                                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); .Biopsia dello stomaco (44.14); .Biopsia del duodeno (45.14.1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | non più di 1 volta l'anno   |
|                                                                    | 45.16.2                                                 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); .Biopsia dello stomaco (44.14); .Biopsia del duodeno (45.14.1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|                                                                    | 88.23.2                                                 | RX DELLA MANO comprese le dita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                    | 88.28.2                                                 | RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                    | 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. 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. 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 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   |
|                                                                    | 88.99.6                                                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | non inferiore a 12 -18 mesi |
|                                                                    | 88.99.7                                                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | non inferiore a 12 -18 mesi |
|                                                                    | 88.99.8                                                 | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | non inferiore a 12 -18 mesi |
|                                                                    | 90.04.5                                                 | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|                                                                    | 90.09.2                                                 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|                                                                    | 90.16.3                                                 | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|                                                                    | (\$) 90.17.B                                            | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|                                                                    | (\$) 90.17.C                                            | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                    | 90.22.3                                                 | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|                                                                    | 90.25.5                                                 | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|                                                                    | 90.38.4                                                 | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|                                                                    | 90.44.1                                                 | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|                                                                    | 90.44.3                                                 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|                                                                    | 90.62.2                                                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|                                                                    | 90.64.2                                                 | FATTORE REUMATOIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|                                                                    | 90.72.3                                                 | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|                                                                    | 90.82.5                                                 | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                    | 91.49.2                                                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|                                                                    | 93.03                                                   | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                    | 93.11.2                                                 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle ?funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. 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' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                    | 93.16                                                   | MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|                                                                    | 99.23                                                   | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| in età pediatrica, in aggiunta alle precedenti:                    |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|                                                                    | 95.02                                                   | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                    | 88.79.3                                                 | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti: |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| H                                                                  | 99.12.3                                                 | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|                                                                    | 89.52                                                   | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|                                                                    | 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 (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|                                                                    | 91.23.F                                                 | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|                                                                    |                                                         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|                                                                    |                                                         | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |

| 007     | .493                      | ASMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
|---------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|         |                           | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA |
|         |                           | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 89.37.1 |                           | SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 89.37.2 |                           | SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 89.37.4 |                           | TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                |           |
| 89.52   |                           | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3); Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 89.65.5 |                           | MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.62.2 |                           | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.72.3 |                           | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 91.49.2 |                           | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 91.90.4 |                           | SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 93.82.3 |                           | TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|         |                           | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |           |
| 008     | .571.2; .571.5;<br>.571.6 | CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|         |                           | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA |
|         |                           | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 45.13   |                           | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)                                                                                                                                                                                       |           |
| 87.44.1 |                           | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 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 |           |
| 90.04.5 |                           | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.05.5 |                           | ALFA 1 FETOPROTEINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.07.5 |                           | AMMONIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.09.2 |                           | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.10.5 |                           | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi <sup>-</sup> restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.13.3 |                           | CLORURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.14.3 |                           | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.16.3 |                           | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.22.3 |                           | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 90.22.5 |                           | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.23.5 |                           | FOSFATASI ALCALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.25.5 |                           | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.27.1 |                           | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.29.2 |                           | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| 90.30.2 |                           | LIPASI PANCREATICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.37.4 |                           | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.38.4 |                           | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.38.5 |                           | PROTEINE TOTALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.40.4 |                           | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.42.4 |                           | TRANSFERRINA (Capacit  ferrolegante)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.43.2 |                           | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 90.44.1 |                           | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.44.3 |                           | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.62.2 |                           | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.75.4 |                           | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 90.76.1 |                           | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 91.49.2 |                           | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|         |                           | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |           |

| 009       | .555; .556 | COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|-----------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|           |            | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                   |
|           |            | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                     |                             |
| 45.13     |            | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)                                                                       |                             |
| 45.14.1   |            | BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1; 45.16.2)                                                                                          |                             |
| 45.14.2   |            | BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)                                                                    |                             |
| 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                                                                  |                             |
| 45.24     |            | 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) Non associabile a 45.26.1 |                             |
| 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. Non associabile a 48.24.1                                                                                                                                                               |                             |
| 87.65.2   |            | CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 87.65.3   |            | CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)                                                                                                                                                                                                      |                             |
| 88.76.1   |            | ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1                                                                                                                                             |                             |
| R 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)                                                                         |                             |
| 88.99.6   |            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                             | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 88.99.7   |            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                            | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 88.99.8   |            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                        | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 90.04.5   |            | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| 90.06.1   |            | ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 90.09.2   |            | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| 90.10.5   |            | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi <sup>-</sup> restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                       |                             |
| 90.13.5   |            | COBALAMMINA (VIT. B12)                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| 90.22.3   |            | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| 90.22.5   |            | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 90.23.2   |            | FOLATO                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| 90.23.5   |            | FOSFATASI ALCALINA                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| 90.25.5   |            | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| 90.30.2   |            | LIPASI PANCREATICA                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| 90.37.4   |            | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| 90.38.4   |            | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                      |                             |
| 90.40.4   |            | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| 90.42.5   |            | TRANSFERRINA                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
| 90.62.2   |            | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT. IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                       |                             |
| 90.72.3   |            | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| 90.82.5   |            | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 91.41.8   |            | ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione                                                               |                             |
| 91.49.2   |            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|           |            | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                             |                             |

| 011         | .290.0; .290.1; .290.2;<br>.290.4; .291.1; .294.0 | DEMENZE |           |  |
|-------------|---------------------------------------------------|---------|-----------|--|
| PRESTAZIONI |                                                   |         | FREQUENZA |  |

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 93.11.D                                                   |         | RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio secondo ICF dell'EOMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento della disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute |
|                                                           |         | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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                                                                                                |
| 93.89.2                                                   |         | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                           |         | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 93.89.3                                                   |         | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| trattamento dello stato psicotico eventualmente associato |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (\$)                                                      | 90.17.B | FARMACI CON METODI CROMATOGRAPHICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (\$)                                                      | 90.17.C | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAPHICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                           | 90.32.2 | LITIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                           | 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                           | 94.12.1 | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

\* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

(\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa

| 012         | .253.5 | DIABETE INSIPIDO |           |  |
|-------------|--------|------------------|-----------|--|
| PRESTAZIONI |        |                  | FREQUENZA |  |

|                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                  |  | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA) |
| 90.04.1                                                                                                                                                          |  | ADIURETICA [VASOPRESSINA] (ADH)                                                                                                                          |
| 90.13.3                                                                                                                                                          |  | CLORURO                                                                                                                                                  |
| 90.37.4                                                                                                                                                          |  | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                      |
| 90.40.4                                                                                                                                                          |  | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                         |
| 90.44.3                                                                                                                                                          |  | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                        |
| 91.49.2                                                                                                                                                          |  | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |  |                                                                                                                                                          |

| 013                                                                     | .250    | DIABETE MELLITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FREQUENZA                                                                                     |
|                                                                         |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                               |
| H                                                                       | 05.31   | INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                         | 14.34   | FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                         | 86.01   | ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                         | 86.23   | RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               |
|                                                                         | 88.73.5 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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 color Doppler 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                                                                     |
|                                                                         | 88.77.4 | ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                         | 89.39.3 | VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                         | 89.52   | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               |
|                                                                         | 89.59.1 | TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                         | 90.04.5 | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica |
|                                                                         | 90.09.2 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica |
|                                                                         | 90.11.1 | C PEPTIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |
|                                                                         | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                         | 90.14.3 | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                         | 90.16.3 | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                         | 90.27.1 | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolaliti (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                         | 90.28.1 | Hb - EMOGLOBINA GLICATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                               |
|                                                                         | 90.33.4 | ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                         | 90.43.2 | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                         | 90.44.3 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                         | 90.94.2 | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                         | 91.48.4 | PRELIEVO CITOLOGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                         | 91.48.5 | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                         | 91.49.1 | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                         | 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |
|                                                                         | 93.08.2 | ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               |
|                                                                         | 93.08.5 | RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                         | 93.08.A | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Insieme tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |
|                                                                         | 93.08.B | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Insieme tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |
|                                                                         | 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. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                               |
|                                                                         | 93.56.4 | BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                         | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |
|                                                                         | 95.02   | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                         | 95.03.3 | TOMOGRAMMA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                         | 95.05   | STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               |
|                                                                         | 95.06   | STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |
| H                                                                       | 95.12   | ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                         | 95.26   | TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                         | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |
|                                                                         | 99.99.2 | MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |
| <b>DMT1, gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale</b> |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |
|                                                                         |         | 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). |                                                                                               |
|                                                                         | 90.41.8 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |

\* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 014                                                                                                                                                                                                                    | .303; .304                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA                                                   |
| IN TRATTAMENTO DISSUEFAZIONE O IN COMUNITA' RECUPERO                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 016                                                                                                                                                                                                                    | .571.4; .070.32; .070.33;<br>.070.54;<br>.070.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                    |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA                                                   |
| H 50.11                                                                                                                                                                                                                | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| 88.74.1                                                                                                                                                                                                                | AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| 90.04.5                                                                                                                                                                                                                | 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 |                                                             |
| 90.05.5                                                                                                                                                                                                                | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.09.2                                                                                                                                                                                                                | ALFA 1 FETOPROTEINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
| 90.10.5                                                                                                                                                                                                                | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |
| 90.14.3                                                                                                                                                                                                                | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi <sup>-</sup> restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                                                                                                                                       |                                                             |
| 90.22.5                                                                                                                                                                                                                | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| 90.23.5                                                                                                                                                                                                                | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |
| 90.25.5                                                                                                                                                                                                                | FOSFATASI ALCALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| 90.27.1                                                                                                                                                                                                                | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.29.2                                                                                                                                                                                                                | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |
| 90.37.4                                                                                                                                                                                                                | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| 90.38.4                                                                                                                                                                                                                | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
| 90.39.4                                                                                                                                                                                                                | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                             |
| 90.40.4                                                                                                                                                                                                                | RAME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.44.3                                                                                                                                                                                                                | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |
| 90.62.2                                                                                                                                                                                                                | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |
| 90.69.4                                                                                                                                                                                                                | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |
| 90.75.4                                                                                                                                                                                                                | IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| R 91.17.4                                                                                                                                                                                                              | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| 91.18.6                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| 91.19.3                                                                                                                                                                                                                | 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] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| 91.20.2                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |
| 91.20.7                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| 91.49.2                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
| 91.49.4                                                                                                                                                                                                                | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| Limitatamente ai soggetti di et  inferiore 40 anni                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 90.05.4                                                                                                                                                                                                                | ALFA 1 ANTITRIPSINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
| 90.12.5                                                                                                                                                                                                                | CERULOPLASMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
| 90.22.3                                                                                                                                                                                                                | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
| in caso di trattamento con interferone                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 90.42.1                                                                                                                                                                                                                | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |
| 90.42.3                                                                                                                                                                                                                | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |
| 90.43.3                                                                                                                                                                                                                | TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.44.6                                                                                                                                                                                                                | VITAMINA D (25 OH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| 90.47.3                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.51.5                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |
| 90.52.1                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 90.52.2                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 90.52.3                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |
| 90.52.4                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |
| 90.52.5                                                                                                                                                                                                                | RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 90.54.4                                                                                                                                                                                                                | ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| 91.19.4                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |

| 017 | .345                                              | EPILESSIA ( escluso: S. di Lennox - Gastault)                                                                                                                                                   |                           |
|-----|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|     |                                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                     | FREQUENZA                 |
|     |                                                   | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                        |                           |
|     | 87.03                                             | TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)                                                                                                          | non più di 1 volta l'anno |
|     | 89.14                                             | ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)                                                                                                                                |                           |
|     | 89.14.1                                           | ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO                                                                                                                                                                 |                           |
|     | 89.14.2                                           | ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO                                                                                                                                                  |                           |
|     | 89.14.3                                           | ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]                                                                                                                                                      |                           |
|     | 89.14.5                                           | ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio                                                                                                                                       |                           |
|     | 89.17                                             | POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)                                                                                                                     |                           |
|     | 89.19.1                                           | ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE                                                                                                                                                    |                           |
|     | 90.04.5                                           | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                            |                           |
|     | 90.09.2                                           | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                          |                           |
|     | (\$) 90.17.B                                      | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                               |                           |
|     | (\$) 90.17.C                                      | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                        |                           |
|     | 90.62.2                                           | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                          |                           |
|     | 90.75.4                                           | TEMPO DI PROTROMBINA (PT)                                                                                                                                                                       |                           |
|     | 90.76.1                                           | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)                                                                                                                                                |                           |
|     | 91.49.2                                           | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                       |                           |
|     |                                                   | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                |                           |
|     |                                                   | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa |                           |
| 018 | .277.0                                            | FIBROSI CISTICA                                                                                                                                                                                 |                           |
|     |                                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                     | FREQUENZA                 |
|     |                                                   | Secondo le modalità di erogazione previste dalla Legge 23 dicembre 1993, n. 548                                                                                                                 |                           |
|     |                                                   | LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                               |                           |
| 019 | .365.1; .365.3; .365.4;<br>.365.5; .365.6; .365.8 | GLAUCOMA                                                                                                                                                                                        |                           |
|     |                                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                     | FREQUENZA                 |
|     |                                                   | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                        |                           |
|     | 95.02                                             | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                  |                           |
|     | 95.03.3                                           | TOMOGRFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4                                                                                                                               |                           |
|     | 95.05                                             | STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT                                                                                                                          |                           |
|     | 95.13                                             | ECOGRAFIA OCULARE                                                                                                                                                                               |                           |
|     | 95.21                                             | ELETTRORETINOGRFIA (ERG, FLASH-PATTERN)                                                                                                                                                         |                           |
|     | 95.23                                             | POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi                                                                                              |                           |
|     | 95.26                                             | TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA                                                                                                                                           |                           |
|     |                                                   | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                |                           |

| 020                                                                                                                                               | .042; .079.53; .V08 | INFEZIONE DA HIV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                       |                     | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 021                                                                                                                                               | .428                | INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                       |                     | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                   |                     | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 87.44.1                                                                                                                                           |                     | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 88.72.2                                                                                                                                           |                     | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                   |                     | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 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                                                                                                                                                                                                                                           |
| 89.52                                                                                                                                             |                     | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.04.5                                                                                                                                           |                     | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 90.05.1                                                                                                                                           |                     | ALBUMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 90.09.2                                                                                                                                           |                     | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.16.3                                                                                                                                           |                     | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (\$) 90.17.B                                                                                                                                      |                     | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| (\$) 90.17.C                                                                                                                                      |                     | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 90.25.5                                                                                                                                           |                     | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 90.27.1                                                                                                                                           |                     | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 90.37.4                                                                                                                                           |                     | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 90.40.4                                                                                                                                           |                     | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 90.44.3                                                                                                                                           |                     | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 90.62.2                                                                                                                                           |                     | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 91.49.2                                                                                                                                           |                     | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 93.18.1                                                                                                                                           |                     | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle ?funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute |
|                                                                                                                                                   |                     | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                   |                     | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa                                                                                                                                                                                                                  |

| 022         | .255.4 | INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)                                                                                                        |
|-------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI |        | FREQUENZA                                                                                                                                                        |
|             |        | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)         |
| 90.11.4     |        | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                    |
| 90.13.3     |        | CLORURO                                                                                                                                                          |
| 90.15.2     |        | CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                        |
| 90.15.3     |        | CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                    |
| 90.24.3     |        | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                     |
| 90.27.1     |        | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                |
| 90.37.4     |        | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                              |
| 90.38.4     |        | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                          |
| 90.40.4     |        | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                 |
| 90.44.1     |        | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                  |
| 90.62.2     |        | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico           |
| 91.49.2     |        | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                        |
|             |        | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |

| 023                                                                                                           | .585 | INSUFFICIENZA RENALE CRONICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                                                               |      | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA |
|                                                                                                               |      | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 45.13                                                                                                         |      | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)                                                                                                                                                                                        |           |
| 87.44.1                                                                                                       |      | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 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 |           |
| 88.75.1                                                                                                       |      | ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6                                                                                                                                         |           |
| 89.52                                                                                                         |      | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 89.65.1                                                                                                       |      | EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina                                                                                                                                                                                                                    |           |
|                                                                                                               |      | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 89.66                                                                                                         |      | EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.05.1                                                                                                       |      | ALBUMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.06.2                                                                                                       |      | ALFA 1 MICROGLOBULINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.11.4                                                                                                       |      | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 90.13.3                                                                                                       |      | CLORURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.14.1                                                                                                       |      | COLESTEROLO HDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 90.14.3                                                                                                       |      | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.16.3                                                                                                       |      | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.16.4                                                                                                       |      | CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 90.22.3                                                                                                       |      | FERRITINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 90.22.5                                                                                                       |      | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.24.3                                                                                                       |      | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 90.27.1                                                                                                       |      | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.32.5                                                                                                       |      | MAGNESIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 90.35.5                                                                                                       |      | PARATORMONE (PTH). Molecola intatta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.37.4                                                                                                       |      | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.38.4                                                                                                       |      | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.38.5                                                                                                       |      | PROTEINE TOTALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 90.39.1                                                                                                       |      | PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 90.40.4                                                                                                       |      | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.42.5                                                                                                       |      | TRANSFERRINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 90.43.2                                                                                                       |      | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 90.43.5                                                                                                       |      | URATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 90.44.1                                                                                                       |      | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 90.44.3                                                                                                       |      | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.62.2                                                                                                       |      | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 91.48.5                                                                                                       |      | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 91.49.1                                                                                                       |      | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 91.49.2                                                                                                       |      | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali   indicato il trattamento dialitico, in aggiunta: |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 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                                                              |           |
| 91.19.3                                                                                                       |      | VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 91.19.5                                                                                                       |      | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 91.20.5                                                                                                       |      | Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 91.20.7                                                                                                       |      | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                                                                                               |      | VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| Per i soggetti in trattamento dialitico, secondo le condizioni cliniche individuali:                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|                                                                                                               |      | LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                                                                                                                                                                                             |           |
|                                                                                                               |      | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                              |           |

| 024          | .518.83 | INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
|--------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|              |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA |
|              |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 87.44.1      |         | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 88.72.2      |         | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
|              |         | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 89.38.3      |         | DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 89.52        |         | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 89.65.1      |         | EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|              |         | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 89.66        |         | EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.04.5      |         | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.09.2      |         | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 90.16.3      |         | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| (\$) 90.17.B |         | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| (\$) 90.17.C |         | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 90.25.5      |         | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.27.1      |         | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.29.2      |         | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 90.37.4      |         | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 90.38.4      |         | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 90.40.4      |         | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.44.1      |         | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 90.44.3      |         | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 90.62.2      |         | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 91.48.5      |         | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 91.49.1      |         | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 91.49.2      |         | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 93.11.7      |         | ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 93.18.1      |         | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle ?funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell?OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute               |           |
| 93.18.2      |         | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle ?funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell?OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute |           |
| 93.99.3      |         | DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|              |         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
|              |         | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa                                                                                                                                                                                                                               |           |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
|                                                                                                                                                                  |                        | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| 88.72.2                                                                                                                                                          |                        | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|                                                                                                                                                                  |                        | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 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)                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| 88.73.5                                                                                                                                                          |                        | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                           |                             |
| 88.76.3                                                                                                                                                          |                        | ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| 88.77.4                                                                                                                                                          |                        | ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
| 89.52                                                                                                                                                            |                        | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 90.14.1                                                                                                                                                          |                        | COLESTEROLO HDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 90.14.3                                                                                                                                                          |                        | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
| 90.30.3                                                                                                                                                          |                        | LIPOPROTEINA (a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| 90.43.2                                                                                                                                                          |                        | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| 91.49.2                                                                                                                                                          |                        | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| <b>in caso di complicanza cardiaca, in aggiunta:</b>                                                                                                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 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                                                                                                                                                                                                        |                             |
| <b>in trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante:</b>                                                                                                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 90.04.5                                                                                                                                                          |                        | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| 90.09.2                                                                                                                                                          |                        | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 90.15.4                                                                                                                                                          |                        | CREATINA CHINASI (CPK o CK)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 90.25.5                                                                                                                                                          |                        | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| 90.29.2                                                                                                                                                          |                        | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| 99.71                                                                                                                                                            |                        | PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 026                                                                                                                                                              | 252.0; .252.1          | IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|                                                                                                                                                                  |                        | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
|                                                                                                                                                                  |                        | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| 87.03.1                                                                                                                                                          |                        | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)                                                                                                                                                                                                                                        | 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 color Doppler 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   |
| 88.99.6                                                                                                                                                          |                        | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 88.99.7                                                                                                                                                          |                        | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 88.99.8                                                                                                                                                          |                        | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | non inferiore a 12 -18 mesi |
| 89.52                                                                                                                                                            |                        | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 90.11.4                                                                                                                                                          |                        | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
| 90.16.3                                                                                                                                                          |                        | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| 90.24.3                                                                                                                                                          |                        | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| 90.35.5                                                                                                                                                          |                        | PARATORMONE (PTH). Molecola intatta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| 91.49.2                                                                                                                                                          |                        | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| 95.02                                                                                                                                                            |                        | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                |                             |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |

| 027                                                                                                                                                              | .243; .244 | IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)                                                                                                                                                                 |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                               | FREQUENZA |
|                                                                                                                                                                  |            | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                      |           |
| 87.44.1                                                                                                                                                          |            | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                              |           |
| 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. |           |
| 90.15.2                                                                                                                                                          |            | CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                     |           |
| 90.42.1                                                                                                                                                          |            | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                  |           |
| 90.42.3                                                                                                                                                          |            | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                              |           |
| 90.43.3                                                                                                                                                          |            | TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                          |           |
| 91.49.2                                                                                                                                                          |            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                     |           |
| <b>in caso di complicanza cardiaca:</b>                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 88.72.2                                                                                                                                                          |            | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                          |           |
|                                                                                                                                                                  |            | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 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)                                                                                          |           |
| 89.52                                                                                                                                                            |            | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                        |           |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |            |                                                                                                                                                                                                                                               |           |

| 028 | .710.0                                                                                                                                                           | LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|     |                                                                                                                                                                  | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FREQUENZA                   |
|     |                                                                                                                                                                  | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|     | 87.44.1                                                                                                                                                          | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|     | 88.72.2                                                                                                                                                          | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                                                      | non più di 1 volta l'anno   |
|     | 88.73.5                                                                                                                                                          | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                       | 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                              |                             |
|     | 88.99.6                                                                                                                                                          | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 88.99.7                                                                                                                                                          | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 88.99.8                                                                                                                                                          | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 89.52                                                                                                                                                            | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 90.04.5                                                                                                                                                          | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 90.09.2                                                                                                                                                          | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 90.14.3                                                                                                                                                          | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 90.15.4                                                                                                                                                          | CREATINA CHINASI (CPK o CK)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     | 90.16.3                                                                                                                                                          | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 90.25.5                                                                                                                                                          | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 90.27.1                                                                                                                                                          | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 90.37.4                                                                                                                                                          | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|     | 90.38.4                                                                                                                                                          | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|     | 90.38.5                                                                                                                                                          | PROTEINE TOTALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 90.40.4                                                                                                                                                          | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|     | 90.43.2                                                                                                                                                          | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.44.1                                                                                                                                                          | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 90.44.3                                                                                                                                                          | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 90.47.3                                                                                                                                                          | ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 90.48.3                                                                                                                                                          | ANTICORPI ANTI DNA NATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|     | 90.52.4                                                                                                                                                          | ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     | 90.60.2                                                                                                                                                          | COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.61.1                                                                                                                                                          | CRIOGLOBULINE RICERCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 90.62.2                                                                                                                                                          | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 90.72.3                                                                                                                                                          | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 91.49.2                                                                                                                                                          | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|     | 90.82.5                                                                                                                                                          | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | <b>nell'artropatia lupica, oltre alle precedenti:</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 93.11.D                                                                                                                                                          | RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio secondo ICF dell'EOMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento della disartria. Le attivit  terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute |                             |
|     | <b>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 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 (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 91.23.F                                                                                                                                                          | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                 |                             |
| H   | 99.12.3                                                                                                                                                          | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 90.17.B                                                                                                                                                          | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 90.17.C                                                                                                                                                          | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|     | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |

| 029                                                                                                                                                                                             | .331.0  | MALATTIA DI ALZHEIMER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA |
|                                                                                                                                                                                                 |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 93.11.D                                                                                                                                                                                         |         | RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio secondo ICF dell'EOMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell'afasia. 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                                                                                                                                                                                         |         | OPPURE<br>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                                                                                  |           |
| 93.89.2                                                                                                                                                                                         |         | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 93.89.3                                                                                                                                                                                         |         | OPPURE<br>TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| <b>Limitatamente a specifiche esigenze cliniche esplicitamente documentate:</b>                                                                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| <b>in caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato</b>                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| (\$)                                                                                                                                                                                            | 90.17.B | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| (\$)                                                                                                                                                                                            | 90.17.C | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
|                                                                                                                                                                                                 | 90.32.2 | LITIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
|                                                                                                                                                                                                 | 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|                                                                                                                                                                                                 | 94.12.1 | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |

| 030 | .710.2                                                             | MALATTIA DI SJOGREN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|-----|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|     |                                                                    | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                   |
|     |                                                                    | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 09.19                                                              | ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso:                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 88.23.2                                                            | Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 88.28.2                                                            | RX DELLA MANO comprese le dita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     |                                                                    | RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 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   |
|     | 88.99.6                                                            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 88.99.7                                                            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 88.99.8                                                            | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | non inferiore a 12 -18 mesi |
|     | 89.52                                                              | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|     | 90.04.5                                                            | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 90.06.5                                                            | ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|     | 90.09.2                                                            | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|     | 90.16.3                                                            | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 90.25.5                                                            | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 90.29.2                                                            | LATTATO DEIDROGENASI (LDH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|     | 90.38.4                                                            | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 90.44.1                                                            | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.44.3                                                            | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 90.52.4                                                            | ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|     | 90.61.1                                                            | CRIOGLOBULINE RICERCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 90.62.2                                                            | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|     | 90.69.4                                                            | IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     | 90.72.3                                                            | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|     | 91.49.2                                                            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 95.02                                                              | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                               |                             |
|     | 90.82.5                                                            | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     | in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.17.B                                                            | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 90.17.C                                                            | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 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 (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 91.23.F                                                            | VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                     |                             |
| H   | 99.12.3                                                            | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                              |                             |

\* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

| 0A31 | .401                              | IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
|------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|      |                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FREQUENZA                 |
|      |                                   | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                           |                           |
|      | 89.52                             | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|      | 90.16.3                           | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|      | 91.49.2                           | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|      | 95.02                             | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA<br>* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale | non più di 1 volta l'anno |
| 0031 | .402; .403; .404; .405.0; .362.11 | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|      |                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FREQUENZA                 |
|      |                                   | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                           |                           |
|      | 87.44.1                           | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|      | 88.72.2                           | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)<br>OPPURE                                                                                                                                                                                     |                           |
|      | 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)                                                                                                                                                                                               |                           |
|      | 89.50                             | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
|      | 89.52                             | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|      | 89.61.1                           | MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|      | 90.14.1                           | COLESTEROLO HDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|      | 90.14.3                           | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|      | 90.16.3                           | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|      | 90.27.1                           | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|      | 90.37.4                           | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|      | 90.40.4                           | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|      | 90.43.2                           | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|      | 90.43.5                           | URATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|      | 90.44.3                           | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|      | 90.62.2                           | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                             |                           |
|      | 90.65.5                           | FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|      | 91.49.2                           | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|      | 95.02                             | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA<br>* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale | non pi  di 1 volta l'anno |

| 032                                                                                                                                                              | 255.0 | MALATTIA O SINDROME DI CUSHING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                                                                                                                                  |       | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                 |
|                                                                                                                                                                  |       | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 87.03.1                                                                                                                                                          |       | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MCD (87.03.D)                                                                                                                                                                                                                                       | non più di 1 volta l'anno |
| 87.29                                                                                                                                                            |       | RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 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. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 90.01.2                                                                                                                                                          |       | 17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 90.11.4                                                                                                                                                          |       | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
| 90.13.3                                                                                                                                                          |       | CLORURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 90.15.2                                                                                                                                                          |       | CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 90.15.3                                                                                                                                                          |       | CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
| 90.19.2                                                                                                                                                          |       | ESTRADIOLO (E2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
| 90.24.3                                                                                                                                                          |       | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| 90.27.1                                                                                                                                                          |       | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| 90.37.4                                                                                                                                                          |       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
| 90.38.4                                                                                                                                                          |       | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 90.40.4                                                                                                                                                          |       | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| 90.41.3                                                                                                                                                          |       | TESTOSTERONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| 90.62.2                                                                                                                                                          |       | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 91.49.2                                                                                                                                                          |       | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 95.05                                                                                                                                                            |       | STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |

| 035                                                                                                                                                                                  | .242.0; .242.1;<br>.242.2; .242.3 | MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO                                                                                                                                                                                               |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                                                                                                                                                      |                                   | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                 |
|                                                                                                                                                                                      |                                   | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                      |                           |
| 87.03.1                                                                                                                                                                              |                                   | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MCD (87.03.D)                                                                                                        | non più di 1 volta l'anno |
| 87.44.1                                                                                                                                                                              |                                   | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                              |                           |
| 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 |
| 88.72.2                                                                                                                                                                              |                                   | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                          |                           |
| 88.72.3                                                                                                                                                                              |                                   | OPPURE<br>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)                                                                                |                           |
| 89.52                                                                                                                                                                                |                                   | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                        |                           |
| 89.7B.3                                                                                                                                                                              |                                   | PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento                                                                                                                                      |                           |
| 90.11.4                                                                                                                                                                              |                                   | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| 90.24.3                                                                                                                                                                              |                                   | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| 90.42.1                                                                                                                                                                              |                                   | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                  |                           |
| 90.42.3                                                                                                                                                                              |                                   | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                              |                           |
| 90.43.3                                                                                                                                                                              |                                   | TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                          |                           |
| 90.51.4                                                                                                                                                                              |                                   | ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 90.54.4                                                                                                                                                                              |                                   | ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)                                                                                                                                                                                                          |                           |
| 91.49.2                                                                                                                                                                              |                                   | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 92.01.5                                                                                                                                                                              |                                   | SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123                                                                                                                                                                                                           |                           |
| 95.02                                                                                                                                                                                |                                   | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                |                           |
| 95.09.2                                                                                                                                                                              |                                   | ESOFALMOMETRIA                                                                                                                                                                                                                                |                           |
| 95.13                                                                                                                                                                                |                                   | ECOGRAFIA OCULARE                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| PRESTAZIONI RADIOTERICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO; .PRESTAZIONI DELLA BRANCA DI RADIOTERAPIA DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO DEL SINGOLO PAZIENTE |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                     |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                           |

| 036 | .443.1                          | MORBO DI BUERGER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|-----|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|     |                                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                   |
|     |                                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
| H   | 88.48                           | ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|     | 88.77.4                         | ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|     | 93.03                           | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 93.05.7                         | ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     |                                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| 037 | .731.0                          | MORBO DI PAGET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     |                                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                   |
|     |                                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|     | 81.92                           | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|     | 88.72.2                         | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | non più di una volta l'anno |
|     |                                 | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | non più di una volta l'anno |
|     | 90.04.5                         | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.09.2                         | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 90.11.4                         | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|     | 90.24.1                         | FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|     | 90.24.3                         | FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 90.25.5                         | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 90.62.2                         | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 91.49.2                         | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 92.18.2                         | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|     | 95.02                           | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 99.23                           | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     |                                 | RADIOGRAFIA OSSEA A CARICO DEL DISTRETTO/INTERESSATO/I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     |                                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| 038 | .332; .333.0;<br>.333.1; .333.5 | MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     |                                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                   |
|     |                                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|     | (\$)                            | 90.17.B FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | (\$)                            | 90.17.C FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|     | 91.49.2                         | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|     | 93.03                           | VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|     | 93.05.7                         | ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|     | 93.11.1                         | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute                                                                                                                           |                             |
|     | 93.11.2                         | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute |                             |
|     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|     | 93.11.D                         | RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio secondo ICF dell'EOMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell'afasia. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute                                                                                                                                                             |                             |
|     |                                 | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 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                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|     | 93.89.2                         | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnostiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|     |                                 | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     | 93.89.3                         | TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnostiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|     |                                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|     |                                 | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |

| 039                                                                                                                                                                                                                                         | 253.3   | NANISMO IPOFISARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 87.03.1 | TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)                                                                                                                                                                                                                                        | non più di una volta l'anno |
| H                                                                                                                                                                                                                                           | 88.33.1 | STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.11.4 | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.35.1 | ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.40.7 | INSULIN GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                              |                             |
| 040                                                                                                                                                                                                                                         |         | NEONATI PREMATURI E IMMaturi; .NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
| Limitatamente ai primi tre anni di vita:<br>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 UTILERIORI AGGRAVAMENTI |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 041                                                                                                                                                                                                                                         | .341.0  | NEUROMIELITE OTTICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
| 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 UTILERIORI AGGRAVAMENTI                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 042                                                                                                                                                                                                                                         | .577.1  | PANCREATITE CRONICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FREQUENZA                   |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 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. 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 color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.06.4 | ALFA AMILASI TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.06.5 | ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.10.5 | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi <sup>-</sup> restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                                                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.11.4 | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.13.5 | COBALAMMINA (VIT. B12)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.14.3 | COLESTEROLO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.23.5 | FOSFATASI ALCALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.25.5 | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.27.1 | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.30.2 | LIPASI PANCREATICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.43.2 | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 90.62.2 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             | 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                             |         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                              |                             |

| 044         | .295.0; .295.1; .295.2;<br>.295.3; .295.5; .295.6;<br>.295.7; .295.8; .296.0;<br>.296.1; .296.2; .296.3;<br>.296.4; .296.5; .296.6;<br>.296.7; .296.8; .297.0;<br>.297.1; .297.2; .297.3;<br>.297.8; .298.0; .298.1;<br>.298.2; .298.4; .298.8;<br>.299.0; .299.1; .299.8 | PSICOSI   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PRESTAZIONI |                                                                                                                                                                                                                                                                           | FREQUENZA |

|                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                        | 94.12.1      | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                        | (\$) 90.17.B | FARMACI CON METODI CROMATOGRAPHICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                        | (\$) 90.17.C | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAPHICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                        | 90.32.2      | LITIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                        | 91.49.2      | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                        | 93.11.D      | RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle funzioni della voce e dell'eloquio secondo ICF dell'EOMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell'afasia. 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 massimo di 10 sedute                                                                                            |
|                                                                                                                                                                        | 94.3         | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                        | 94.42        | PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta: |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <u>controllo cardiologico</u>                                                                                                                                          | 89.52        | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>controllo funzionalità renale</u>                                                                                                                                   | 90.44.3      | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>controllo ematologico</u>                                                                                                                                           | 90.62.2      | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>controllo funzionalità tiroidea</u>                                                                                                                                 | 90.42.1      | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                        | 90.42.3      | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                        | 90.43.3      | TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                        |              | (\$) questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa                                                                                                                                                                                                       |

| 045                                                                                                                                                                                                                 | .696.0; .696.1                                                                                                                                                                                                                                        | PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                        |
| 90.04.5                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 90.09.2                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 90.25.5                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 90.62.2                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                          |
| 90.72.3                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 90.82.5                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 91.49.2                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 99.82                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in aggiunta:</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       | RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DEL DISTRETTO INTERESSATO                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 81.92                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco                                                                                                                                           |
| 88.99.6                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 88.99.7                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 88.99.8                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.32.1                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.43.5                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | URATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 93.15                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute                                                                                                                                                                                                                                       |
| 93.16                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare                                                                                                                                                 |
| 99.23                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco                                                                                                                                                       |
| <b>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 89.52                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                          |
| 90.16.3                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.17.B                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 90.17.C                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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 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 |
| 91.19.5                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                           |
| 91.23.F                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                       |
| H 99.12.3                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco                                                                                                                                                                 |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 046                                                                                                                                                                                                                 | .340                                                                                                                                                                                                                                                  | SCLEROSI MULTIPLA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 048                                                                                                                                                                                                                 | SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNHE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SECONDO LE CONDIZIONI CLINICHE INDIVIDUALI:<br>LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 049                                                                                                                                                                                                                 | SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 050                                                                                                                                                                                                                 | SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SECONDO LE CONDIZIONI CLINICHE INDIVIDUALI:<br>LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 051                                                                                                                                                                                                                 | SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 052                                                                                                                                                                                                                    | V42.0; .V42.1; .V42.6;<br>.V42.7; .V42.8; .V42.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, INTESTINO, PANCREAS, MIDOLLO) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                                                                                    |
| SECONDO LE CONDIZIONI CLINICHE INDIVIDUALI:<br>LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE,<br>PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |
| 053                                                                                                                                                                                                                    | .V42.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA                                                    |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                                                                                    |
| LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE,<br>PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |
| 054                                                                                                                                                                                                                    | .720.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SPONDILITE ANCHILOSANTE                                                                      |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                        | nelle forme precoci, NON radiologicamente evidenti (spondilite assiale non radiografica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                        | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | non più di 1 volta l'anno                                                                    |
| 88.93.6                                                                                                                                                                                                                | RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | non più di 1 volta l'anno                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                        | nelle forme radiologicamente evidenti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 81.92                                                                                                                                                                                                                  | INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 87.29                                                                                                                                                                                                                  | RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGEO (87.24.6); .RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | non più di 1 volta l'anno                                                                    |
| 88.26.1                                                                                                                                                                                                                | RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | non più di 1 volta l'anno                                                                    |
| 88.26.2                                                                                                                                                                                                                | RX DELL'ANCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | non più di 1 volta l'anno                                                                    |
| 90.17.B                                                                                                                                                                                                                | FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |
| 90.17.C                                                                                                                                                                                                                | FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
| 90.25.5                                                                                                                                                                                                                | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |
| 90.62.2                                                                                                                                                                                                                | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |
| 90.82.5                                                                                                                                                                                                                | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |
| 91.19.5                                                                                                                                                                                                                | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                        | Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |
| 91.23.F                                                                                                                                                                                                                | VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
| 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                                                                    |
| 93.11.2                                                                                                                                                                                                                | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente 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 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute |                                                                                              |
| 93.11.7                                                                                                                                                                                                                | ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 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                                                                                                                                                       |                                                                                              |
| 93.15                                                                                                                                                                                                                  | MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |
| 93.16                                                                                                                                                                                                                  | MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |
| 93.18.1                                                                                                                                                                                                                | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute                                                                                                                                                 |                                                                                              |
| 93.18.2                                                                                                                                                                                                                | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute                                                                                                                                   |                                                                                              |
| 99.23                                                                                                                                                                                                                  | INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                        | in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |
| 95.02                                                                                                                                                                                                                  | PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |
| H 99.12.3                                                                                                                                                                                                              | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |
| 88.79.3                                                                                                                                                                                                                | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |
| 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                                                                    |
| 90.04.5                                                                                                                                                                                                                | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |
| 90.09.2                                                                                                                                                                                                                | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |
| 90.16.3                                                                                                                                                                                                                | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 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 HBsAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBsAg se HBsAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |
| 91.49.2                                                                                                                                                                                                                | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |
| * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |

| 055 | .010; .011; .012; .013; .014;<br>.015; .016; .017; .018 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
|-----|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|     |                                                         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FREQUENZA    |
|     |                                                         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |
|     | 87.41                                                   | TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|     | 87.44.1                                                 | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriori e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
|     | \$                                                      | RADIOGRAFIA OSSEA A CARICO DEL DISTRETTO/INTERESSATO/I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 90.04.5                                                 | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|     | 90.09.2                                                 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 90.10.5                                                 | BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off pi" restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|     | 90.25.5                                                 | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|     | 90.38.4                                                 | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |
|     | 90.62.2                                                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 90.82.5                                                 | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |
|     | 91.01.9                                                 | MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME CULTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex                                                                                                                                                   |              |
|     | 91.49.2                                                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|     | 91.49.3                                                 | PRELIEVO MICROBIOLOGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |
|     |                                                         | (§) IN CASO DI TUBERCOLOSI OSSEA SOSPETTA O DIAGNOSTICATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|     |                                                         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
| 056 | .245.2                                                  | TIROIDITE DI HASHIMOTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     |                                                         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FREQUENZA    |
|     |                                                         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |
|     | 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.                                                                                                                                                                                 |              |
|     | 90.04.5                                                 | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|     | 90.09.2                                                 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 90.42.1                                                 | TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
|     | 90.42.3                                                 | TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
|     | 90.43.3                                                 | TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 90.62.2                                                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 91.49.2                                                 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
|     |                                                         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
| 057 |                                                         | BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
|     |                                                         | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FREQUENZA    |
|     |                                                         | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |
|     | 87.44.1                                                 | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriori e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ogni 12 mesi |
|     | 89.37.2                                                 | SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ogni 6 mesi  |
|     | 89.44.2                                                 | TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ogni 6 mesi  |
|     | 89.52                                                   | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ogni 12 mesi |
|     | 89.65.1                                                 | EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina                                                                                                                                                                                                                                                                     | ogni 6 mesi  |
|     | 89.66                                                   | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 89.65.5                                                 | EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|     | 90.25.5                                                 | MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ogni 12 mesi |
|     | 90.27.1                                                 | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ogni 6 mesi  |
|     | 90.44.1                                                 | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalita' (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ogni 6 mesi  |
|     | 90.44.3                                                 | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ogni 6 mesi  |
|     | 90.44.3                                                 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ogni 6 mesi  |
|     | 90.62.2                                                 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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                                                 | RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute | ogni 12 mesi |
|     |                                                         | per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
|     | 88.72.2                                                 | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                                                                           | ogni 6 mesi  |
|     |                                                         | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|     | 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 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 color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K                                                  | ogni 6 mesi  |
|     |                                                         | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                               |              |

| 058                                                                                                                                                                  | DONATORI D'ORGANO                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                          |                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER VALUTARE LA FUNZIONALITA' DELL'ORGANO RESIDUO                                                                               |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 059                                                                                                                                                                  | .579.0; .694.0                                        | MALATTIA CELIACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                          |                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 060                                                                                                                                                                  | .730.1                                                | OSTEOMIELE CRONICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| PRESTAZIONI                                                                                                                                                          |                                                       | FREQUENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |
| 88.03.2                                                                                                                                                              |                                                       | FISTOLOGRAFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 90.62.2                                                                                                                                                              |                                                       | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |
| 90.65.5                                                                                                                                                              |                                                       | FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 90.72.3                                                                                                                                                              |                                                       | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 90.82.5                                                                                                                                                              |                                                       | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 90.93.3                                                                                                                                                              |                                                       | ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni                                                                                                                                                                                                              |
| 90.94.1                                                                                                                                                              |                                                       | ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma                                                                                                                                                                                              |
| 91.49.2                                                                                                                                                              |                                                       | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 92.18.7                                                                                                                                                              |                                                       | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | RX CONVENZIONALE a CARICO DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |
| 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, 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                                                                                                                                         |
| 88.79.8                                                                                                                                                              |                                                       | 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)                                                                                                                                                                |
| 89.24                                                                                                                                                                |                                                       | ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)                                                                                                                                                                      |
| 89.52                                                                                                                                                                |                                                       | ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 89.65.1                                                                                                                                                              |                                                       | EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina                                                                                                                                                                                                                   |
| 89.66                                                                                                                                                                |                                                       | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 90.05.1                                                                                                                                                              |                                                       | EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 90.11.4                                                                                                                                                              |                                                       | ALBUMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 90.16.3                                                                                                                                                              |                                                       | CALCIO TOTALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 90.16.4                                                                                                                                                              |                                                       | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 90.22.5                                                                                                                                                              |                                                       | CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 90.27.1                                                                                                                                                              |                                                       | FERRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 90.37.4                                                                                                                                                              |                                                       | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 90.38.4                                                                                                                                                              |                                                       | POTASSIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 90.40.4                                                                                                                                                              |                                                       | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 90.42.5                                                                                                                                                              |                                                       | SODIO. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 90.43.2                                                                                                                                                              |                                                       | TRANSFERRINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 90.43.5                                                                                                                                                              |                                                       | TRIGLICERIDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 90.44.1                                                                                                                                                              |                                                       | URATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 90.44.3                                                                                                                                                              |                                                       | UREA. Non associabile a 90.34.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 90.62.2                                                                                                                                                              |                                                       | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 90.72.3                                                                                                                                                              |                                                       | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |
| 90.94.2                                                                                                                                                              |                                                       | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 91.48.5                                                                                                                                                              |                                                       | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma                                                                                                                                                                                                               |
| 91.49.1                                                                                                                                                              |                                                       | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 91.49.2                                                                                                                                                              |                                                       | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | <u>in caso di positivit  del 90.38.4</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 90.39.1                                                                                                                                                              |                                                       | PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                      |                                                       | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |

| 062 | .753.13         | RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
|-----|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|     |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA   |
|     |                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)<br>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 |             |
|     | 88.74.1         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
|     | 90.16.3         | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
|     | 90.44.3         | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
|     | 90.93.3         | ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
|     | 90.94.2         | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |
|     |                 | <u>in caso di sospetta neoplasia:</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
|     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |
|     |                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| 063 | .617            | ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |
|     |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA   |
|     |                 | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ogni 6 mesi |
|     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ogni 6 mesi |
|     | 88.78.2         | ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler 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<br>OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                               | ogni 6 mesi |
|     | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ogni 6 mesi |
|     |                 | <u>in caso di sospetta ostruzione intestinale, oltre alle precedenti:</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |
|     | 87.65.1         | CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
|     |                 | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |
| 064 | .755.4; .742.59 | SINDROME DA TALIDOMIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |
|     |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA   |
|     |                 | LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |
| 065 | .758.0          | SINDROME DI DOWN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |
|     |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA   |
|     |                 | LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |
| 066 | .758.7          | SINDROME DI KLINEFELTER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
|     |                 | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FREQUENZA   |
|     |                 | LE PRESTAZIONI APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |

| 067     | .710.9 | CONNETTIVITÀ INDIFFERENZIATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|---------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|         |        | PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FREQUENZA                 |
|         |        | VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 38.22.1 |        | CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 87.41   |        | TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|         |        | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 87.44.1 |        | RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| 88.72.2 |        | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)                                                                                                                                                                                                                         | non più di 1 volta l'anno |
|         |        | OPPURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 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)                                                                                                                                                                                                                         | non più di 1 volta l'anno |
| 88.73.5 |        | ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi                                                                                                                                                          | 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. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 90.15.4 |        | CREATINA CHINASI (CPK o CK)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| 90.16.3 |        | CREATININA. Non associabile a 90.16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 90.25.5 |        | GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
| 90.38.4 |        | PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 90.38.5 |        | PROTEINE TOTALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
| 90.44.3 |        | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| 90.47.3 |        | ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
| 90.47.D |        | ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
| 90.48.3 |        | ANTICORPI ANTI DNA NATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
| 90.52.4 |        | ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| 90.60.2 |        | COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
| 90.61.1 |        | CRIOGLOBULINE RICERCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
| 90.62.2 |        | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                                                                                                                                       |                           |
| 90.64.2 |        | FATTORE REUMATOIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| 90.72.3 |        | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| 90.82.5 |        | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
| 91.49.2 |        | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|         |        | * NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale                                                                                                                                                                                                             |                           |

**TABELLA 2**  
**(ALLEGATO 1 - D. M. 23.11.2012)**

| <b>PERIODO MINIMO DI VALIDITA' DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE</b> |                                                         |                                |                                                                                 |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Codice ICD9CM</b>                                           | <b>DEFINIZIONE DI MALATTIA</b>                          | <b>Codice esenzione ICD9CM</b> | <b>MALATTIA O CONDIZIONE</b>                                                    | <b>DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012</b>                                                 |
| 253.0                                                          | ACROMEGALIA E GIGANTISMO                                | 001.253.0                      | ACROMEGALIA E GIGANTISMO                                                        | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 394                                                            | MALATTIE DELLA VALVOLA MITRALE                          | 0A02.394                       | AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO<br>(Escluso: .453.0 Sindrome di Budd-Chiari) | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 395                                                            | MALATTIE DELLA VALVOLA AORTICA                          | 0A02.395                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia,<br>radiologia interventistica ecc.) |
| 396                                                            | MALATTIE DELLE VALVOLE MITRALE E<br>AORTICA             | 0A02.396                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 397                                                            | MALATTIE DI ALTRE STRUTTURE<br>ENDOCARDICHE             | 0A02.397                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 414                                                            | ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA<br>CRONICA         | 0A02.414                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 416                                                            | MALATTIA CARDIOPOLMONARE CRONICA                        | 0A02.416                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 417                                                            | ALTRE MALATTIE DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                 | 0A02.417                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 424                                                            | ALTRE MALATTIE DELL'ENDOCARDIO                          | 0A02.424                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 426                                                            | DISTURBI DELLA CONDUZIONE                               | 0A02.426                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 427                                                            | ARITMIE CARDIACHE                                       | 0A02.427                       | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 429.4                                                          | DISTURBI FUNZIONALI CONSEGUENTI A<br>CHIRURGIA CARDIACA | 0A02.429.4                     | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO<br>POLMONARE                                   | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                             | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                               | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE<br>D. M. 23.11.2012                                               |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 745           | ANOMALIE DEL BULBO CARDIACO E ANOMALIE DEL SETTO CARDIACO           | 0A02.745                | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE                          | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 746           | ALTRE MALFORMAZIONI DEL CUORE                                       | 0A02.746                | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE                          | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| V42.2         | VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO                            | 0A02.V42.2              | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE                          | ILLIMITATA                                                                                             |
| V43.3         | VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA CON ALTRI MEZZI                         | 0A02.V43.3              | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE                          | ILLIMITATA                                                                                             |
| V45.0         | DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU                         | 0A02.V45.0              | MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE                          | ILLIMITATA                                                                                             |
| 433           | OCCLUSIONE E STENOSI DELLE ARTERIE PRECEREBRALI                     | 0B02.433                | MALATTIE CEREbroVASCOLARI                                           | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 434           | OCCLUSIONE DELLE ARTERIE CEREBRALI                                  | 0B02.434                | MALATTIE CEREbroVASCOLARI                                           | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 437           | ALTRE E MAL DEFINITE VASCULOPATIE CEREBRALI                         | 0B02.437                | MALATTIE CEREbroVASCOLARI                                           | ILLIMITATA                                                                                             |
| 440           | ATEROSCLEROSI                                                       | 0C02.440                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA                                                                                             |
| 441.2         | ANEURISMA TORACICO SENZA MENZIONE DI ROTTURA                        | 0C02.441.2              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 441.4         | ANEURISMA ADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA                      | 0C02.441.4              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 441.7         | ANEURISMA TORACOADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA                | 0C02.441.7              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 441.9         | ANEURISMA AORTICO DI SEDE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI ROTTURA | 0C02.441.9              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 442           | ALTRI ANEURISMI                                                     | 0C02.442                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 444           | EMBOLIA E TROMBOSI ARTERIOSE                                        | 0C02.444                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                                      | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                               | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE<br>D. M. 23.11.2012                                                     |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 447.0         | FISTOLA ARTEROVENOSA ACQUISITA                                               | 0C02.447.0              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 447.1         | STENOSI DI ARTERIA                                                           | 0C02.447.1              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 447.6         | ARTERITE NON SPECIFICATA                                                     | 0C02.447.6              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 452           | TROMBOSI DELLA VENA PORTA                                                    | 0C02.452                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| 453           | EMBOLIA E TROMBOSI DI ALTRE VENE<br>(Escluso .453.0 Sindrome di Budd Chiari) | 0C02.453                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia,<br>radiologia interventistica ecc.) |
| 459.1         | SINDROME POSTFLEBITICA                                                       | 0C02.459.1              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 557.1         | INSUFFICIENZA VASCOLARE CRONICA<br>DELL'INTESTINO                            | 0C02.557.1              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 747           | ALTRE ANOMALIE CONGENITE DEL SISTEMA<br>CIRCOLATORIO                         | 0C02.747                | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI<br>DALL'EVENTUALE INTERVENTO<br>(chirurgia, radiologia interventistica ecc.) |
| V43.4         | VASO SANGUIGNO SOSTITUITO CON ALTRI<br>MEZZI                                 | 0C02.V43.4              | MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 283.0         | ANEMIE EMOLITICHE AUTOIMMUNI                                                 | 003.283.0               | ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA<br>AUTOIMMUNIZZAZIONE                 | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 307.1         | ANORESSIA NERVOSA                                                            | 005.307.1               | ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA                                          | 2 ANNI                                                                                                       |
| 307.51        | BULIMIA                                                                      | 005.307.51              | ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA                                          | 2 ANNI                                                                                                       |
| 714.0         | ARTRITE REUMATOIDE                                                           | 006.714.0               | ARTRITE REUMATOIDE                                                  | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 714.1         | SINDROME DI FELTY                                                            | 006.714.1               | ARTRITE REUMATOIDE                                                  | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 714.2         | ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON<br>INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO         | 006.714.2               | ARTRITE REUMATOIDE                                                  | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 714.30        | ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA<br>O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE   | 006.714.30              | ARTRITE REUMATOIDE                                                  | ILLIMITATA                                                                                                   |
| 714.32        | ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE<br>PAUCIARTICOLARE                              | 006.714.32              | ARTRITE REUMATOIDE                                                  | ILLIMITATA                                                                                                   |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                            | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                      | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE<br>D. M. 23.11.2012                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 714.33        | ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE MONOARTICOLARE        | 006.714.33              | ARTRITE REUMATOIDE                                         | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 493           | ASMA                                               | 007.493                 | ASMA                                                       | ILLIMITATA PER ASMA CRONICO OSTRUTTIVO<br>( codice 493.2)<br>5 ANNI nelle altre forme                                                       |
| 571.2         | CIRROSI EPATICA ALCOLICA                           | 008.571.2               | CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE                           | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 571.5         | CIRROSI EPATICA SENZA MENZIONE DI ALCOL            | 008.571.5               | CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE                           | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 571.6         | CIRROSI BILIARE                                    | 008.571.6               | CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE                           | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 555           | ENTERITE REGIONALE                                 | 009.555                 | COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN                        | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 556           | COLITE ULCEROSA                                    | 009.556                 | COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN                        | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 290.0         | DEMENTIA SENILE, NON COMPLICATA                    | 011.290.0               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 290.1         | DEMENTIA PRESENILE                                 | 011.290.1               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 290.2         | DEMENTIA SENILE CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI | 011.290.2               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 290.4         | DEMENTIA ARTERIOSCLEROTICA                         | 011.290.4               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 291.1         | SINDROME AMNESICA DA ALCOL                         | 011.291.1               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 294.0         | SINDROME AMNESICA                                  | 011.294.0               | DEMENTE                                                    | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 253.5         | DIABETE INSIPIDO                                   | 012.253.5               | DIABETE INSIPIDO                                           | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 250           | DIABETE MELLITO                                    | 013.250                 | DIABETE MELLITO                                            | ILLIMITATA                                                                                                                                  |
| 303           | SINDROME DA DIPENDENZA DA ALCOL                    | 014.303                 | DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOL | La validità dell'attestato di esenzione è in funzione della durata del trattamento di disassuefazione o del periodo in Comunità di recupero |
| 304           | DIPENDENZA DA DROGHE                               | 014.304                 | DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOL | La validità dell'attestato di esenzione è in funzione della durata del trattamento di disassuefazione o del periodo in Comunità di recupero |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                                                   | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                     | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 571.4         | EPATITE CRONICA                                                                           | 016.571.4               | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                  | 5 ANNI                                                |
| 070.32        | EPATITE VIRALE B CRONICA, SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA | 016.070.32              | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                  | 5 ANNI                                                |
| 070.33        | EPATITE VIRALE B CRONICA, SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, CON EPATITE DELTA               | 016.070.33              | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                  | 5 ANNI                                                |
| 070.54        | EPATITE C CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO                                          | 016.070.54              | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                  | 5 ANNI                                                |
| 070.9         | EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO                             | 016.070.9               | EPATITE CRONICA (ATTIVA)                                  | 5 ANNI                                                |
| 345           | EPILESSIE (Escluso Sindrome di Lennox-Gastaut)                                            | 017.345                 | EPILESSIA (Escluso: Sindrome di Lennox-Gastaut)           | ILLIMITATA                                            |
| 277.0         | FIBROSI CISTICA                                                                           | 018.277.0               | FIBROSI CISTICA                                           | ILLIMITATA                                            |
| 365.1         | GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO                                                                 | 019.365.1               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 365.3         | GLAUCOMA DA CORTICOSTEROIDI                                                               | 019.365.3               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 365.4         | GLAUCOMA ASSOCIATO AD ANOMALIE CONGENITE, DISTROFIE E SINDROMI SISTEMICHE                 | 019.365.4               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 365.5         | GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTERAZIONI DEL CRISTALLINO                                         | 019.365.5               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 365.6         | GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTRE AFFEZIONI OCULARI                                             | 019.365.6               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 365.8         | ALTRE FORME SPECIFICATE DI GLAUCOMA                                                       | 019.365.8               | GLAUCOMA                                                  | ILLIMITATA                                            |
| 042           | INFEZIONE DA VIRUS DELLA IMMUNODEFICIENZA UMANA (HIV)                                     | 020.042                 | INFEZIONE DA HIV                                          | ILLIMITATA                                            |
| 042 + 079.53  | INFEZIONE DA VIRUS DELLA IMMUNODEFICIENZA UMANA, TIPO 2 [HIV2]                            | 020.042 + 079.53        | INFEZIONE DA HIV                                          | ILLIMITATA                                            |
| V08           | STATO INFETTIVO ASINTOMATICO DA VIRUS DELLA IMMUNODEFICIENZA UMANA (HIV)                  | 020.V08                 | INFEZIONE DA HIV                                          | ILLIMITATA                                            |
| 428           | INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)                                               | 021.428                 | INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)         | ILLIMITATA                                            |
| 255.4         | INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)                                 | 022.255.4               | INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON) | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA               | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                                                                                                                                 | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 585           | INSUFFICIENZA RENALE CRONICA          | 023.585                 | INSUFFICIENZA RENALE CRONICA                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                            |
| 518.81        | INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (CRONICA)  | 024.518.81              | INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA                                                                                                                                                    | ILLIMITATA                                            |
| 272.0         | IPERCOLESTEROLEMIA PURA               | 025.272.0               | IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb -<br>IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA -<br>IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA -<br>IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III | ILLIMITATA                                            |
| 272.2         | IPERLIPIDEMIA MISTA                   | 025.272.2               | IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb -<br>IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA -<br>IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA -<br>IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III | ILLIMITATA                                            |
| 272.4         | ALTRE E NON SPECIFICATE IPERLIPIDEMIE | 025.272.4               | IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb -<br>IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA -<br>IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA -<br>IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III | ILLIMITATA                                            |
| 252.0         | IPERPARATIROIDISMO                    | 026.252.0               | IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO                                                                                                                                                 | ILLIMITATA                                            |
| 252.1         | IPOPARATIROIDISMO                     | 026.252.1               | IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO                                                                                                                                                 | ILLIMITATA                                            |
| 243           | IPOTIROIDISMO CONGENITO               | 027.243                 | IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)                                                                                                                              | ILLIMITATA                                            |
| 244           | IPOTIROIDISMO ACQUISITO               | 027.244                 | IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)                                                                                                                              | ILLIMITATA                                            |
| 710.0         | LUPUS EREMATOSO SISTEMICO             | 028.710.0               | LUPUS EREMATOSO SISTEMICO                                                                                                                                                             | ILLIMITATA                                            |
| 331.0         | MALATTIA DI ALZHEIMER                 | 029.331.0               | MALATTIA DI ALZHEIMER                                                                                                                                                                 | ILLIMITATA                                            |
| 710.2         | MALATTIA DI SJOGREN                   | 030.710.2               | MALATTIA DI SJOGREN                                                                                                                                                                   | ILLIMITATA                                            |
| 401           | IPERTENSIONE ESSENZIALE               | 0A31.401                | IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)                                                                                                                                         | ILLIMITATA                                            |
| 402           | CARDIOPATIA IPERTENSIVA               | 0031.402                | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                                                                                                                             | ILLIMITATA                                            |
| 403           | NEFROPATIA IPERTENSIVA                | 0031.403                | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                                                                                                                             | ILLIMITATA                                            |
| 404           | CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA          | 0031.404                | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                                                                                                                             | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                                               | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                              | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 405.0         | IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA                                                       | 0031.405.0              | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                          | ILLIMITATA                                            |
| 326.11        | ALTRE MALATTIE DELLA RETINA                                                           | 0031.326.11             | IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO                                          | ILLIMITATA                                            |
| 255.0         | SINDROME DI CUSHING                                                                   | 032.255.0               | MALATTIA O SINDROME DI CUSHING                                                     | ILLIMITATA                                            |
| 242.0         | GOZZO TOSSICO DIFFUSO                                                                 | 035.242.0               | MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO                                    | ILLIMITATA                                            |
| 242.1         | GOZZO TOSSICO UNINODULARE                                                             | 035.242.1               | MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO                                    | 2 ANNI                                                |
| 242.2         | GOZZO MULTINODULARE TOSSICO                                                           | 035.242.2               | MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO                                    | ILLIMITATA                                            |
| 242.3         | GOZZO NODULARE TOSSICO NON SPECIFICATO                                                | 035.242.3               | MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO                                    | 2 ANNI                                                |
| 443.1         | TROMBOANGIOITE OBLITERANTE (MORBO DI BUERGER)                                         | 036.443.1               | MORBO DI BUERGER                                                                   | ILLIMITATA                                            |
| 731.0         | OSTEITE DEFORMANTE SENZA MENZIONE DI TUMORE DELLE OSSA (MALATTIA DELLE OSSA DI PAGET) | 037.731.0               | MORBO DI PAGET                                                                     | ILLIMITATA                                            |
| 332           | MORBO DI PARKINSON                                                                    | 038.332                 | MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI                                | ILLIMITATA                                            |
| 333.0         | ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE DEI NUCLEI DELLA BASE                                     | 038.333.0               | MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI                                | ILLIMITATA                                            |
| 333.1         | TREMORE ESSENZIALE ED ALTRE FORME SPECIFICATE DI TREMORE                              | 038.333.1               | MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI                                | ILLIMITATA                                            |
| 333.5         | ALTRE FORME DI COREA                                                                  | 038.333.5               | MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI                                | ILLIMITATA                                            |
| 253.3         | NANISMO IPOFISARIO                                                                    | 039.253.3               | NANISMO IPOFISARIO                                                                 | ILLIMITATA                                            |
|               |                                                                                       | 040                     | NEONATI PREMATURI, IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE | 3 ANNI                                                |
| 341.0         | NEUROMIELITE OTTICA                                                                   | 041.341.0               | NEUROMIELITE OTTICA                                                                | ILLIMITATA                                            |
| 577.1         | PANCREATITE CRONICA                                                                   | 042.577.1               | PANCREATITE CRONICA                                                                | ILLIMITATA                                            |
| 295.0         | PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO SEMPLICE                                                  | 044.295.0               | PSICOSI                                                                            | ILLIMITATA                                            |
| 295.1         | PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO DISORGANIZZATO                                            | 044.295.1               | PSICOSI                                                                            | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                              | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| 295.2         | PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO CATATONICO               | 044.295.2               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 295.3         | PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO PARANOIDE                | 044.295.3               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 295.5         | SCHIZOFRENIA LATENTE                                 | 044.295.5               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 295.6         | SCHIZOFRENIA RESIDUALE                               | 044.295.6               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 295.7         | PSICOSI SCHIZOFRENICA TIPO SCHIZOAFFETTIVO           | 044.295.7               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 295.8         | ALTRI TIPI SPECIFICATI DI SCHIZOFRENIA               | 044.295.8               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.0         | MANIA, EPISODIO SINGOLO                              | 044.296.0               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.1         | MANIA, EPISODIO RICORRENTE                           | 044.296.1               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.2         | DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO               | 044.296.2               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.3         | DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE            | 044.296.3               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.4         | SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MANIACALE      | 044.296.4               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.5         | SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO DEPRESSIVO     | 044.296.5               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.6         | SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MISTO          | 044.296.6               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.7         | SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, NON SPECIFICATA         | 044.296.7               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 296.8         | PSICOSI MANIACO -DEPRESSIVA, ALTRA E NON SPECIFICATA | 044.296.8               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 297.0         | STATO PARANOIDE SEMPLICE                             | 044.297.0               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 297.1         | PARANOIA                                             | 044.297.1               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 297.2         | PARAFRENIA                                           | 044.297.2               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |
| 297.3         | SINDROME PARANOIDE A DUE                             | 044.297.3               | PSICOSI               | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                       | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                                                                                                                                                                                                                            | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 297.8         | ALTRI STATI PARANOIDI SPECIFICATI             | 044.297.8               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 298.0         | PSICOSI DI TIPO DEPRESSIVO                    | 044.298.0               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 298.1         | PSICOSI, TIPO AGITATO                         | 044.298.1               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 298.2         | CONFUSIONE REATTIVA                           | 044.298.2               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 298.4         | PSICOSI PARANOIDE PSICOGENA                   | 044.298.4               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 298.8         | ALTRE E NON SPECIFICATE PSICOSI REATTIVE      | 044.298.8               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 299.0         | AUTISMO INFANTILE                             | 044.299.0               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 299.1         | PSICOSI DISINTEGRATIVA                        | 044.299.1               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 299.8         | ALTRE PSICOSI SPECIFICHE DELLA PRIMA INFANZIA | 044.299.8               | PSICOSI                                                                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 696.0         | ARTROPATIA PSORIASICA                         | 045.696.0               | PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 696.1         | ALTRE PSORIASI                                | 045.696.1               | PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)                                                                                                                                                                                                                          | ILLIMITATA                                                                                                            |
| 340           | SCLEROSI MULTIPLA                             | 046.340                 | SCLEROSI MULTIPLA                                                                                                                                                                                                                                                                | ILLIMITATA                                                                                                            |
|               |                                               | 048                     | SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO                                                                                                                                                                                          | 5 ANNI, 10 ANNI O ILLIMITATA secondo quanto previsto dalla Circolare 13 del 13 dicembre 2001 (GU n. 44 del 21/2/2002) |
|               |                                               | 049                     | SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI | ILLIMITATA                                                                                                            |
|               |                                               | 050                     | SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)                                                                                                                                                                                        | FINO ALLA ESECUZIONE DEL TRAPIANTO                                                                                    |
|               |                                               | 051                     | SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI                                                                                                                                                                                                 | ILLIMITATA                                                                                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                                  | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                                               | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| V42.0         | RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO                                             | 052.V42.0               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.1         | CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO                                            | 052.V42.1               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.6         | POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO                                          | 052.V42.6               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.7         | FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO                                           | 052.V42.7               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.8         | ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO: PANCREAS     | 052.V42.8               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.9         | ORGANO O TESSUTO NON SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO                 | 052.V42.9               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)                   | ILLIMITATA                                            |
| V42.5         | CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO                                           | 053.V42.5               | SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA                                                           | ILLIMITATA                                            |
| 720.0         | SPONDILITE ANCHILOSANTE                                                  | 054.720.0               | SPONDILITE ANCHILOSANTE                                                                             | ILLIMITATA                                            |
| 010           | INFEZIONE TUBERCOLARE PRIMARIA                                           | 055.010                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 011           | TUBERCOLOSI POLMONARE                                                    | 055.011                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 012           | ALTRE FORME DI TUBERCOLOSI DELL'APPARATO RESPIRATORIO                    | 055.012                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 013           | TUBERCOLOSI DELLE MENINGI E DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE                 | 055.013                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 014           | TUBERCOLOSI DELL'INTESTINO, DEL PERITONEO E DELLE GHIANDOLE MESENTERICHE | 055.014                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 015           | TUBERCOLOSI DELLE OSSA E DELLE ARTICOLAZIONI                             | 055.015                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 016           | TUBERCOLOSI DELL'APPARATO GENITOURINARIO                                 | 055.016                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 017           | TUBERCOLOSI DEGLI ALTRI ORGANI                                           | 055.017                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 018           | TUBERCOLOSI MILIARE                                                      | 055.018                 | TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)                                                                    | 2 ANNI                                                |
| 245.2         | TIROIDITE LINFOCITARIA CRONICA                                           | 056.245.2               | TIROIDITE DI HASHIMOTO                                                                              | 18 MESI                                               |
|               |                                                                          | 057                     | BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE" | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                                                           | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                                          | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|               |                                                                                   | 058                     | DONATORI D'ORGANO                                                                              | ILLIMITATA                                            |
| 579.0         | MALATTIA CELIACA                                                                  | 059                     | MALATTIA CELIACA                                                                               | ILLIMITATA                                            |
| 730.1         | OSTEOMIELE CRONICA                                                                | 060                     | OSTEOMIELE CRONICA                                                                             | ILLIMITATA                                            |
| 581.1         | SINDROME NEFROSICA, CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA                    | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 581.2         | SINDROME NEFROSICA, CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA         | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 582.1         | GLOMERULONEFRITE CRONICA, CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA              | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 582.2         | GLOMERULONEFRITE CRONICA, CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA   | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 582.4         | GLOMERULONEFRITE CRONICA, CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 587           | SCLEROSI RENALE, NON SPECIFICATA                                                  | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 590.0         | INFEZIONI DEL RENE                                                                | 061                     | PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m) | ILLIMITATA                                            |
| 753.13        | RENE POLICISTICO, AUTOSOMICO DOMINANTE                                            | 062                     | RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE                                                          | ILLIMITATA                                            |
| 617           | ENDOMETRIOSI                                                                      | 063                     | ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)                                       | ILLIMITATA                                            |
| 755.4         | DIFETTO IN RIDUZIONE, ARTO NON SPECIFICATO                                        | 064                     | SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)                  | ILLIMITATA                                            |

| Codice ICD9CM | DEFINIZIONE DI MALATTIA                          | Codice esenzione ICD9CM | MALATTIA O CONDIZIONE                                                         | DURATA MINIMA ATTESTATO DI ESENZIONE D. M. 23.11.2012 |
|---------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 742.59        | ALTRE ANOMALIE DEL MIDOLLO SPINALE SPECIFICATE   | 064                     | SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia) | ILLIMITATA                                            |
| 758.0         | SINDROME DI DOWN                                 | 065                     | SINDROME DI DOWN                                                              | ILLIMITATA                                            |
| 758.7         | MALATTIE DIFFUSE DEL CONNETTIVO, NON SPECIFICATE | 066                     | SINDROME DI KLINEFELTER                                                       | ILLIMITATA                                            |
| 710.9         | MALATTIE DIFFUSE DEL CONNETTIVO, NON SPECIFICATE | 067                     | CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE                                                  | ILLIMITATA                                            |

**TABELLA 3**  
**(ALLEGATO 7 DPCM 12.01.2017 - ELENCO DELLE MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO)**

| <b>1. MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE</b>  |                                                                              |                                                                           |                                                                                                               |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CODICE MALATTIA</b>                       | <b>MALATTIA E/O GRUPPO</b>                                                   | <b>ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO</b>                             | <b>SINONIMI</b>                                                                                               |
| RA0010                                       | HANSEN, MALATTIA DI                                                          |                                                                           |                                                                                                               |
| RA0020                                       | WHIPPLE, MALATTIA DI                                                         |                                                                           | LIPODISTROFIA INTESTINALE                                                                                     |
| RA0030                                       | LYME, MALATTIA DI                                                            |                                                                           |                                                                                                               |
| <b>2. TUMORI</b>                             |                                                                              |                                                                           |                                                                                                               |
| <b>CODICE MALATTIA</b>                       | <b>MALATTIA E/O GRUPPO</b>                                                   | <b>ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO</b>                             | <b>SINONIMI</b>                                                                                               |
| RB0010                                       | WILMS, TUMORE DI (ATTESTATO DI ESENZIONE RINNOVABILE DOPO 5 ANNI)            |                                                                           | NEFROBLASTOMA                                                                                                 |
| RB0020                                       | RETINOBLASTOMA (ATTESTATO DI ESENZIONE RINNOVABILE DOPO 5 ANNI)              |                                                                           |                                                                                                               |
| RB0030                                       | CRONKHITE-CANADA, MALATTIA DI                                                |                                                                           |                                                                                                               |
| RB0040                                       | GARDNER, SINDROME DI                                                         |                                                                           |                                                                                                               |
| RB0050                                       | POLIPOSI FAMILIARE                                                           |                                                                           |                                                                                                               |
| RB0060                                       | LINFOANGIOLEIOMIOMATOSI                                                      |                                                                           | BASSEN-KORNZWEIG, SINDROME DI<br>LINFOANGIOLEIOMATOSI POLMONARE                                               |
| RB0070                                       | SINDROME DEL NEVO BASOCELLULARE                                              |                                                                           | GORLIN-GOLTZ, SINDROME DI                                                                                     |
| RB0071                                       | MELANOMA CUTANEO FAMILIARE E/O MULTIPO                                       |                                                                           |                                                                                                               |
| RBG010                                       | NEUROFIBROMATOSI                                                             |                                                                           | ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO<br>NON BOLLOSO                                                             |
| RBG020                                       | COMPLESSO CARNEY                                                             |                                                                           | SINDROME CHERATITE-ITTIOSI-SORDITA'                                                                           |
| RBG021                                       | CANCRO NON POLIPOSICO EREDITARIO DEL COLON                                   | LYNCH, SINDROME DI                                                        |                                                                                                               |
| <b>3. MALATTIE DELLE ghiANDOLE ENDOCRINE</b> |                                                                              |                                                                           |                                                                                                               |
| <b>CODICE MALATTIA</b>                       | <b>MALATTIA E/O GRUPPO</b>                                                   | <b>ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO</b>                             | <b>SINONIMI</b>                                                                                               |
| RC0010                                       | DEFICIENZA DI ACTH                                                           |                                                                           | SINDROME DA DELEZIONE BRACCIO CORTO CROMOSOMA 5<br>DEFICIT FAMILIARE DI ALFALIPOPROTEINA                      |
| RC0020                                       | KALLMANN, SINDROME DI                                                        |                                                                           | IPOGONADISMO CON ANOSMIA<br>PITT-ROGERS-DANKS, SINDROME DI<br>SINDROME DA DELEZIONE BRACCIO CORTO CROMOSOMA 4 |
| RC0021                                       | DEFICIT CONGENITO ISOLATO DI GH                                              |                                                                           |                                                                                                               |
| RC0022                                       | IPOGONADISMO IPOGONADOTROPO CONGENITO                                        |                                                                           | DEFICIT DI STEROLO 27-IDROSSILASI                                                                             |
| RC0040                                       | PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA (ESENZIONE DI DURATA PARI A 5 ANNI, RINNOVABILE) |                                                                           | TUMORE DI WILMS - ANIRIDIA - ANOMALIE GENITO-URINARIE - RITARDO MENTALE                                       |
| RC0050                                       | LEPRECAUNISMO                                                                |                                                                           | DONOHUE, SINDROME DI                                                                                          |
| RC0280                                       | REFETTOFF, SINDROME DI                                                       |                                                                           | RESISTENZA CONGENITA AGLI ORMONI TIROIDEI                                                                     |
| RC0300                                       | KENNY-CAFFEY, SINDROME DI                                                    |                                                                           |                                                                                                               |
| RCG010                                       | IPERALDOSTERONISMI PRIMITIVI                                                 | CONN, SINDROME DI<br>IPERALDOSTERONISMO PRIMITIVO DA IPERPLASIA SURRENALE |                                                                                                               |
| RCG020                                       | SINDROMI ADRENOGENITALI CONGENITE                                            | IPERPLASIA ADRENALICA CONGENITA                                           |                                                                                                               |
| RCG030                                       | POLIENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI                                                | SCHMIDT, SINDROME DI                                                      |                                                                                                               |
| RCG031                                       | SINDROMI DA RESISTENZA ALL'ORMONE DELLA CRESCITA                             | LARON, SINDROME DI                                                        |                                                                                                               |
| RCG162                                       | SINDROMI DA NEOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE                                     | SINDROME MEN, TIPO 1<br>SINDROME MEN, TIPO 2A<br>SINDROME MEN, TIPO 2B    |                                                                                                               |
| RF0400                                       | PENDRED, SINDROME DI                                                         |                                                                           |                                                                                                               |

| 4. MALATTIE DEL METABOLISMO |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             |                                           |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CODICE MALATTIA             | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                                                                                                                                                          | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                      | SINONIMI                                  |
| RC0080                      | LIPODISTROFIA TOTALE                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                           |
| RC0090                      | DERCUM, MALATTIA DI                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             | ADIPOSI DOLOROSA                          |
| RC0160                      | IPOFOSFATASIA                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             | FOSFOETILAMINURIA                         |
| RC0230                      | CALCINOSI TUMORALE                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ALBINISMO                                                                                                   |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ALCAPTONURIA                                                                                                |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ALTRE ACIDEMIE/ACIDURIE ORGANICHE PRIMITIVE DA DIFETTO DEL METABOLISMO DEGLI AMINOACIDI A CATENA RAMIFICATA |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | CISTINOSI                                                                                                   |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | CISTINURIA                                                                                                  |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | FENILCHETONURIA/IPERFENILALANINEMIA                                                                         |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | GLUTARICO ACIDURIA                                                                                          |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | HARTNUP, MALATTIA DI                                                                                        |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | INTOLLERANZA ALLE PROTEINE CON LISINURIA                                                                    |                                           |
| RCG040                      | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI                                                                                                                                                                           | IPERGLICINEMIA NON CHETOTICA                                                                                |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERORNITINEMIA                                                                                             |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERORNITINEMIA-IPERAMMONIEMIA-OMOCITRULLINURIA                                                             |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERPROLINEMIA                                                                                              |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERVALINEMIA                                                                                               |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ISTIDINEMIA                                                                                                 |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | LEUCINOSI                                                                                                   |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | METILMALONICO ACIDURIA                                                                                      |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | OMOCISTINURIA                                                                                               |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | SINDROME DA MALASSORBIMENTO DI METIONINA                                                                    |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | TIROSINEMIA                                                                                                 |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ARGININEMIA                                                                                                 |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ARGININSUCCINICO ACIDURIA                                                                                   |                                           |
| RCG050                      | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL CICLO DELL'UREA E IPERAMMONIEMIE EREDITARIE                                                                                                                                                            | CITRULLINEMIA                                                                                               |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT DI CARBAMMIL-FOSFATO SINTETASI                                                                      |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT DI N-ACETILGLUTAMMATO SINTETASI (NAGS)                                                              |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT DI ORNITINA CARBAMOILTRANSFERASI (OCT)                                                              |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT CONGENITO DI LATTASI                                                                                |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT DI FRUTTOSIO-1,6-BISFOSFATASI                                                                       |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DIFETTI DEL TRASPORTO DEL GLUCOSIO                                                                          |                                           |
| RCG060                      | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI ESCLUSO: DIABETE MELLITO                                                                                                                                                   | DIFETTO CONGENITO DI SACCARASI-ISOMALTASI                                                                   |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | GALATTOSEMIA                                                                                                |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | GLICOGENOSI                                                                                                 |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | INTOLLERANZA EREDITARIA AL FRUTTOSIO                                                                        |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | MALATTIA DA CORPI DI POLIGLUCOSANO                                                                          |                                           |
| RCG061                      | IPERINSULINISMI CONGENITI                                                                                                                                                                                                                    | IPERINSULINISMO CONGENITO DA DEFICIT DI GLUCOCHINASI                                                        | BLOCH-SULZBERGER, MALATTIA DI             |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | ABETALIPOPROTEINEMIA                                                                                        |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT DI LECITINCOLESTEROLO ACILTRANSFERASI                                                               |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA                                                                    |                                           |
| RCG070                      | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE<br>(Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III) | IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIa                                                             |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIb                                                             |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIARE                                                                               |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | IPOBETALIPOPROTEINEMIA                                                                                      |                                           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | TANGIER, MALATTIA DI                                                                                        |                                           |
| RCG071                      | DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEL COLESTEROLO                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             | GOLTZ, SINDROME DI                        |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             | MALATTIA DI SALLA                         |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             | DEFICIT DI ALFA-N-ACETILGALATTOSAMINIDASI |
| RCG072                      | DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEGLI ACIDI BILIARI                                                                                                                                                                                          | DEFICIT DI C <sub>6</sub> A LIGASI DEGLI ACIDI BILIARI                                                      | SINDROME EEC                              |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             | DEFICIT DI ALFA-N-ACETILGALATTOSAMINIDASI |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                              | XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA                                                                                 | SINDROME EEC                              |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                                                                      | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                            | SINONIMI                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| RCG073          | DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEI FOSFOLIPIDI E DEI GLICOSFINGOLIPIDI                                                                                  | SINDROME PHARC                                                                    |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | ACIDEMIA PIPECOLICA                                                               |                             |
| RCG084          | MALATTIE PEROSSISOMIALI                                                                                                                                  | ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE                                                    |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED                                                     |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | CONDRODISPLASIA PUNCTATA RIZOMELICA                                               |                             |
| RCG085          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEI NEUOTRASMETTITORI E DEI PICCOLI PEPTIDI                                                                            | DEFICIT DI DOPAMINA BETA-IDROSSILASI                                              |                             |
| RCG110          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DELLE PORFIRINE E DELL'EME                                                                                             | PORFIRIE                                                                          |                             |
| RCG120          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E DELLE PIRIMIDINE                                                                                        | LESCH-NYHAN, MALATTIA DI XANTINURIA                                               |                             |
| RC0180          | CRIGLER-NAJJAR, SINDROME DI                                                                                                                              |                                                                                   |                             |
| RCG130          | AMILOIDOSI SISTEMICHE                                                                                                                                    |                                                                                   |                             |
| RCG190          | DIFETTI CONGENITI DELLA GLICOSILAZIONE PROTEICA (CDGS)                                                                                                   |                                                                                   |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | EMOCROMATOSI EREDITARIA                                                           | MUCOPOLISACCARIDOSI I-S     |
| RCG100          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO                                                                                              | SINDROME IPERFERRITINEMIA-CATARATTA CONGENITA                                     | MUCOPOLISACCARIDOSI I-S     |
| RCG101          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLO ZINCO                                                                                            |                                                                                   | MUCOPOLISACCARIDOSI VII     |
| RCG102          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL RAME                                                                                                               | MENKES, SINDROME DI                                                               |                             |
| RCG103          | ALTRI DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DI METALLI                                                                                       | IPERMANGANESEMIA ISOLATA AUTOSOMICO RECESSIVA                                     |                             |
| RCG103          | ALTRI DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DI METALLI                                                                                       | IPOMAGNESEMIA PRIMITIVA AUTOSOMICA DOMINANTE CON IPOCALCIURIA                     |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | DEFICIT DI 3-IDROSSIACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA LUNGA       |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | DEFICIT DI ACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA CORTA (SCAD)         |                             |
| RCG074          | DIFETTI CONGENITI DELLA OSSIDAZIONE MITOCONDRIALE DEGLI ACIDI GRASSI (ESCLUSO: SINDROME DI ZELLWEGER codice RN1760)                                      | DEFICIT DI ACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA MEDIA (MCAD)         |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | DEFICIT DI ACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCAD)  |                             |
|                 |                                                                                                                                                          | DEFICIT DI CARNITINA-PALMITOIL TRANSFERASI                                        |                             |
| RCG075          | DIFETTI CONGENITI DELLA CHETOGENESI E DELLA CHETOLISI                                                                                                    | DEFICIT DI ALFA METIL ACETOACETIL-COA TIOLASI                                     |                             |
| RCG076          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL PIRUVATO E DEL CICLO DEGLI ACIDI TRICARBOSSILICI                                                                   | DEFICIT CONGENITO DI PIRUVATO DEIDROGENASI FOSFATASI                              |                             |
| RCG077          | DIFETTI CONGENITI ISOLATI DI UN COMPLESSO DELLA FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA MITOCONDRIALE                                                                  | DEFICIT DI CITOCROMO C OSSIDASI                                                   |                             |
| RCG078          | DIFETTI CONGENITI DELLA FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA MITOCONDRIALE DA ALTERAZIONI DEL DNA MITOCONDRIALE                                                     |                                                                                   | EMOCROMATOSI FAMILIARE      |
| RCG081          | DIFETTI DELLA FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA MITOCONDRIALE DA ALTERAZIONI DEL DNA NUCLEARE                                                                    |                                                                                   | MALATTIA DEI CAPELLI CRESPI |
| RCG082          | SINDROMI DA DEFICIT CONGENITO DI CREATINA                                                                                                                | DEFICIT DI GUANIDINOACETATO-METILTRANSFERASI (GAMT)                               |                             |
| RCG083          | ALTRI DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO ENERGETICO MITOCONDRIALE                                                                                         | DEFICIT CONGENITO DEL TRASPORTATORE MITOCONDRIALE DI ASPARTATO -GLUTAMMATO TIPO I |                             |
| RCG092          | DIFETTI CONGENITI RESPONSIVI ALLA BIOTINA                                                                                                                | DEFICIT CONGENITO DI BIOTINIDASI                                                  | MUCOPOLISACCARIDOSI I-H     |
| RCG093          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLA COBALAMINA E DEL FOLATO                                                          | DEFICIT CONGENITO DI COBALAMINA C                                                 | MUCOPOLISACCARIDOSI VI      |
| RCG094          | DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLA VITAMINA D                                                                                       | RACHITISMO VITAMINA D DIPENDENTE TIPO I                                           | MUCOPOLISACCARIDOSI IV      |
| RCG095          | ALTRI DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DI VITAMINE E COFATTORI NON PROTEICI ESCLUSO: DEFICIENZA FAMILIARE DI VITAMINA E (codice RFG040) | DEFICIT DI 5'-PIRIDOSSAMINA FOSFATO OSSIDASI                                      | MUCOPOLISACCARIDOSI III     |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                    | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                       | SINONIMI               |
|-----------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| RCG080          | DIFETTI DA ACCUMULO DI LIPIDI          | FABRY, MALATTIA DI<br>GAUCHER, MALATTIA DI<br>NIEMANN-PICK TIPO A, B, MALATTIA DI<br>NIEMANN-PICK TIPO C, MALATTIA DI                                                        |                        |
| RCG090          | MUCOLIPIDOSI                           | MUCOLIPIDOSI TIPO II<br>MUCOLIPIDOSI TIPO III<br>MUCOLIPIDOSI TIPO IV<br>ALFA-MANNOSIDOSI<br>BETA-MANNOSIDOSI<br>FUCOSIDOSI                                                  |                        |
| RCG091          | OLIGOSACCARIDOSI                       | GALATTOSIALIDOSI<br>MALATTIA DA ACCUMULO DI ACIDO SIALICO<br>SCHINDLER, MALATTIA DI<br>SIALIDOSI<br>HUNTER, SINDROME DI<br>HURLER, SINDROME DI<br>MARTEAUX-LAMY, SINDROME DI | MUCOPOLISACCARIDOSI II |
| RCG140          | MUCOPOLISACCARIDOSI                    | MORQUIO, MALATTIA DI<br>SANFILIPPO, SINDROME DI<br>SCHEIE, SINDROME DI<br>SLY, SINDROME DI                                                                                   |                        |
| RCG180          | ALTRE MALATTIE DA ACCUMULO LISOSOMIALE | AUSTIN, SINDROME DI<br>WOLMAN, MALATTIA DI                                                                                                                                   |                        |
| RFG020          | CEROIDOLIPOFUSCINOSI                   | BATTEN, MALATTIA DI                                                                                                                                                          |                        |
| RFG030          | GANGLIOSIDOSI                          | KUFS, MALATTIA DI                                                                                                                                                            |                        |

#### 5. MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                     | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                | SINONIMI                                |
|-----------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| RC0190          | ANGIOEDEMA EREDITARIO                                   |                                                                                                                                                       | EDEMA ANGIONEUROTICO EREDITARIO         |
| RC0191          | ANGIOEDEMA ACQUISITO DA DEFICIT DI C1 INIBITORE         |                                                                                                                                                       |                                         |
| RC0200          | CARENZA CONGENITA DI ALFA-1-ANTITRIPSINA                |                                                                                                                                                       |                                         |
| RC0220          | SINDROME DA ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI (FORMA PRIMITIVA) |                                                                                                                                                       |                                         |
| RC0290          | SCHNITZLER, SINDROME DI                                 |                                                                                                                                                       | ORTICARIA CRONICA CON MACROGLOBULINEMIA |
| RCG150          | ISTIOCITOSI CRONICHE                                    | ISTIOCITOSI A CELLULE DI LANGERHANS<br>AGAMMAGLOBULINEMIA                                                                                             |                                         |
| RCG160          | IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE                               | DIGEORGE, SINDROME DI (ESCLUSI TUTTI GLI ALTRI SOGGETTI CON FENOTIPI DA DELEZIONE 22q11.2, DA CERTIFICARE CON CODICE RNG090)<br>NIJMEGEN, SINDROME DI |                                         |
| RCG161          | SINDROMI AUTOINFIAMMATORIE EREDITARIE/FAMILIARI         | FEBBRE PERIODICA EREDITARIA<br>SINDROME CINCA<br>SINDROME DA IPER IgD                                                                                 |                                         |

#### 6. MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                           | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| RD0010          | SINDROME EMOLITICO UREMICA                                                    |                                        |                                                                                            |
| RD0020          | EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA                                           |                                        | MARCHIAFAVA-MICHEL, MALATTIA DI                                                            |
| RD0050          | MALATTIA GRANULOMATOSA CRONICA                                                |                                        | DISFAGOCITOSI CRONICA<br>PANCITOPENIA DI FANCONI<br>METAEMOGLOBINEMIA CONGENITA EREDITARIA |
| RD0060          | CHEDIAK-HIGASHI, MALATTIA DI                                                  |                                        |                                                                                            |
| RD0070          | ANEMIE APLASTICHE ACQUISITE (ESCLUSO: FORME MIDOLLARI APLASTICHE TRANSITORIE) |                                        |                                                                                            |
| RD0080          | SHWACHMAN-DIAMOND, SINDROME DI                                                |                                        |                                                                                            |
| RD0081          | MASTOCITOSI SISTEMICA                                                         |                                        |                                                                                            |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                     | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                  | SINONIMI |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| RDG010          | ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI) | ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI<br>ANEMIE SIDEROBLASTICHE<br>BLACKFAN-DIAMOND, ANEMIA DI<br>FANCONI, ANEMIA DI<br>METAEMOGLOBINEMIA DA DEFICIT DI<br>METAEMOGLOBINAREDDUTASI<br>SFEROCTOSI EREDITARIA<br>TALASSEMIE (ESCLUSO: TALASSEMIE MINOR)<br>DEFICIENZA CONGENITA DI ALTRI FATTORI DELLA COAGULAZIONE |          |
| RDG020          | DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE                                    | DIFETTI EREDITARI TROMBOFILICI (ESCLUSO: SOGGETTI ASINTOMATICI ETEROZIGOTI PER LA SOLA MUTAZIONE G1691A DEL GENE DEL FATTORE V LEIDEN; SOGGETTI ASINTOMATICI ETEROZIGOTI PER LA SOLA MUTAZIONE G20210A DEL GENE DELLA PROTROMBINA; SOGGETTI OMOZIGOTI PER LA MU                                         |          |
| RDG030          | PIASTRINOPATIE EREDITARIE                                               | EMOFILIA A<br>EMOFILIA B<br>VON WILLEBRAND, MALATTIA DI<br>BERNARD-SOULIER, SINDROME DI<br>DIFETTI DEL POOL DI DEPOSITO DELLE PIASTRINE<br>TROMBOASTENIA DI GLANZMANN                                                                                                                                   |          |
| RDG031          | PIASTRINOPATIE AUTOIMMUNI PRIMARIE CRONICHE                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |
| RDG040          | TROMBOCITOPENIE EREDITARIE                                              | IPOPLASIA MEGACARIOCITICA IDIOPATICA                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |
| RDG050          | SINDROMI MIELODISPLASTICHE                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |
| RDG051          | NEUTROPENIE CONGENITE                                                   | NEUTROPENIA CRONICA IDIOPATICA GRAVE                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |

## 7. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                      | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                                                                                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RF0040          | RETT, SINDROME DI                                                                        |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0050          | ATROFIA DENTATORUBRO-PALLIDOLUYSIANA                                                     |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0060          | EPILESSIA MIOCLONICA PROGRESSIVA                                                         |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0061          | DRAVET, SINDROME DI                                                                      |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0070          | MIOCLONO ESSENZIALE EREDITARIO                                                           |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0080          | COREA DI HUNTINGTON                                                                      |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0081          | ATROFIA MULTISISTEMICA                                                                   |                                        | OSTEODISPLASIA LIPOMEMBRANOSA<br>POLICISTICA CON LEUCOENCEFALOPATIA<br>SCLEROSANTE                                                                                |
| RF0100          | SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA                                                            |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0110          | SCLEROSI LATERALE PRIMARIA                                                               |                                        | ATASSIA INFANTILE CON IPOMIELINIZZAZIONE<br>DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE<br><br>LEUCOENCEFALOPATIA CON SOSTANZA<br>BIANCA EVANESCENTE (VANISHING WHITE<br>MATTER) |
| RF0111          | SCHILDER, MALATTIA DI                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0130          | LENNOX-GASTAUT, SINDROME DI                                                              |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0140          | WEST, SINDROME DI                                                                        |                                        | DEGENERAZIONE CEREBELLARE DI MARIE                                                                                                                                |
| RF0150          | NARCOLESSIA                                                                              |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0160          | MELKERSSON-ROSENTHAL, SINDROME DI                                                        |                                        | DEFICIENZA FAMILIARE DI VITAMINA E<br>ATASSIA VESTIBULOCEREBELLARE                                                                                                |
| RF0170          | PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA                                                       |                                        | STEELE-RICHARDSON-OLSEWSKI, SINDROME<br>DI                                                                                                                        |
| RF0180          | POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA<br>DEMIELINIZZANTE                                  |                                        | LOUIS-BAR, SINDROME DI                                                                                                                                            |
| RF0181          | NEUROPATIA MOTORIA MULTIFOCALE                                                           |                                        |                                                                                                                                                                   |
| RF0182          | LEWIS SUMNER, SINDROME DI                                                                |                                        | ATROFIA CEREBELLO OLIVARE                                                                                                                                         |
| RF0183          | GUILLAIN-BARRÉ, SINDROME DI (LIMITATAMENTE ALLE<br>FORME CRONICHE, GRAVI ED INVALIDANTI) |                                        |                                                                                                                                                                   |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                             | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SINONIMI                                                                                    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| RF0310          | CADASIL                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ARTERIOPATIA CEREBRALE AUTOSOMICA DOMINANTE CON INFARTI SOTTOCORTICALI E LEUCOENCEFALOPATIA |
| RF0350          | EMICRANIA EMIPLEGICA FAMILIARE                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RILEY-DAY, SINDROME DI                                                                      |
| RF0360          | EMIPLEGIA ALTERNANTE                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| RF0370          | FAHR, MALATTIA DI                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| RF0380          | MALATTIA DA INCLUSIONI INTRANUCLEARI NEURONALI                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| RF0390          | PARALISI BULBARE PROGRESSIVA CON SORDITA' NEUROSENSORIALE                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BROWN-VIALETTO-VAN LAERE, SINDROME DI                                                       |
| RF0410          | SIRINGOMELIA-SIRINGOBULBIA (LIMITATAMENTE ALLE FORME ANATOMICAMENTE E/O CLINICAMENTE RILEVANTI) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| RF0411          | SINDROME DELLA PERSONA RIGIDA                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | MOERSCH-WOLTMAN, SINDROME DI<br>SINDROME STIFF-PERSON                                       |
| RF010           | LEUCODISTROFIE                                                                                  | AICARDI-GOUTIERES, SINDROME DI<br>ALEXANDER, MALATTIA DI<br>CANAVAN, MALATTIA DI<br>NASU-HAKOLA, SINDROME DI<br>PELIZAEUS-MERZBACHER, MALATTIA DI<br>SINDROME CACH<br>ATASSIA CEREBELLARE EREDITARIA DI MARIE<br>ATASSIA DI FRIEDREICH<br>ATASSIA FRIEDREICH-LIKE<br>ATASSIA PERIODICA<br>ATASSIA-TELEANGECTASIA<br>DEGENERAZIONE CEREBELLARE SUBACUTA |                                                                                             |
| RF040           | MALATTIE SPINOCEREBELLARI                                                                       | DEGENERAZIONE PARENCHIMATOSA CORTICALE CEREBELLARE<br>DEGENERAZIONE SPINOCEREBELLARE DI HOLMES<br>DISSINERGIA CEREBELLARE MIOCLONICA DI HUNT<br>MARINESCO-SJIGREN, SINDROME DI<br>PARAPLEGIA SPASTICA EREDITARIA<br>SINDROME CON TREMORE/ATASSIA ASSOCIATE ALL'X FRAGILE                                                                               |                                                                                             |
| RF041           | NEURODEGENERAZIONE CON ACCUMULO CEREBRALE DI FERRO                                              | DISTROFIA NEUROASSONALE INFANTILE<br>NEURODEGENERAZIONE ASSOCIATA A PANTOTENATO CHINASI (PKAN)                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |
| RF050           | ATROFIE MUSCOLARI SPINALI                                                                       | KENNEDY, MALATTIA DI<br>KUGELBERG-WELANDER, MALATTIA DI<br>WERDNIG-HOFFMANN, MALATTIA DI<br>CHARCOT-MARIE-TOOTH, MALATTIA DI<br>DEJERINE-SOTTAS, SINDROME DI<br>NEUROPATIA ASSONALE GIGANTE<br>NEUROPATIA CONGENITA IPOMIELINIZZANTE                                                                                                                   |                                                                                             |
| RF060           | NEUROPATIE EREDITARIE                                                                           | NEUROPATIA EREDITARIA CON PREDISPOSIZIONE ALLE PARALISI DA COMPRESSIONE<br>NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3<br>NEUROPATIA SENSORIALE EREDITARIA<br>ROSENBERG-CHUTORIAN, SINDROME DI<br>ROUSSY-LEVY, SINDROME DI<br>MIOPATIA CENTRAL CORE<br>MIOPATIA CENTRONUCLEARE                                                               |                                                                                             |
| RF070           | MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE                                                                   | MIOPATIA DA DIFETTI QUALITATIVI/QUANTITATIVI DELLA DESMINA<br>MIOPATIA NEMALINICA                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                            | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                                     | SINONIMI                    |
|-----------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| RFG080          | DISTROFIE MUSCOLARI                            | DISTROFIA MUSCOLARE DI BECKER<br>DISTROFIA MUSCOLARE DI DUCHENNE<br>DISTROFIA MUSCOLARE DI ERB<br>DISTROFIA MUSCOLARE DI LANDOUZY-DEJERINE<br>DISTROFIA MUSCOLARE OCULO-GASTRO-INTESTINALE |                             |
| RFG090          | DISTROFIE MIOTONICHE                           | STEINERT, MALATTIA DI<br>THOMSEN, MALATTIA DI<br>VON EULENBURG, MALATTIA DI                                                                                                                |                             |
| RFG100          | PARALISI NORMOKALIEMICHE, IPO E IPERKALIEMICHE |                                                                                                                                                                                            |                             |
| RFG101          | SINDROMI MIASTENICHE CONGENITE E DISIMMUNI     | MIASTENIA GRAVIS                                                                                                                                                                           | GOLDMANN-FAVRE, MALATTIA DI |
| RFG160          | DISTONIE PRIMARIE                              |                                                                                                                                                                                            | TERRIEN, SINDROME DI        |
| RN1490          | ISAACS, SINDROME DI                            |                                                                                                                                                                                            |                             |
| RN1520          | LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI                   |                                                                                                                                                                                            |                             |
| RN1610          | SINDROME POEMS                                 |                                                                                                                                                                                            |                             |

## 8. MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                    | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                                                                                            | SINONIMI                                                                           |
|-----------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| RF0200          | VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE |                                                                                                                                                                                                                                                   | ATROFIA SPINODENTATA<br>CRISWICK-SCHEPENS, SINDROME DI                             |
| RF0201          | COATS, MALATTIA DI                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0210          | EALLES, MALATTIA DI                    |                                                                                                                                                                                                                                                   | STRUMPELL-LORRAIN, MALATTIA DI                                                     |
| RF0220          | BEHR, SINDROME DI                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0230          | IRIDOCICLITE ETEROCROMICA DI FUCHS     |                                                                                                                                                                                                                                                   | SEITELBERG, MALATTIA DI                                                            |
| RF0240          | ATROFIA ESSENZIALE DELL'IRIDE          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0250          | EMERALOPIA CONGENITA                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0260          | OGUCHI, SINDROME DI                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0270          | COGAN, SINDROME DI                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0280          | CHERATOCONO                            |                                                                                                                                                                                                                                                   | ATROFIA MUSCOLARE PERONEALE<br>NEUROPATIA EREDITARIA SENSITIVO-MOTORIA DI TIPO III |
| RF0290          | CONGIUNTIVITE LIGNEA                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0320          | COROIDITE MULTIFOCAL                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RF0330          | COROIDITE SERPIGINOSA                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| RFG110          | DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE         | AMAUROSIS CONGENITA DI LEBER<br>DISTROFIA DEI CONI<br>DISTROFIA IALINA DELLA RETINA<br>DISTROFIA VITELLIFORME DI BEST<br>DISTROFIA VITREO-RETINICA<br>RETINITE PIGMENTOSA<br>RETINITE PUNCTATA ALBESCENS<br>STARGARDT, MALATTIA DI                | FUNDUS FLAVIMACULATUS                                                              |
| RFG120          | DISTROFIE EREDITARIE DELLA COROIDE     |                                                                                                                                                                                                                                                   | RETINOSCHISI GIOVANILE                                                             |
| RFG130          | DEGENERAZIONI DELLA CORNEA             | DEGENERAZIONE MARGINALE<br>DEGENERAZIONE NODULARE                                                                                                                                                                                                 | DISTROFIA PIGMENTOSA RETINICA                                                      |
| RFG130          | DEGENERAZIONI DELLA CORNEA             | COGAN, DISTROFIA DI<br>CORNEA GUTTATA<br>DISTROFIA COMBINATA DELLA CORNEA<br>DISTROFIA CORNEALE ENDOTELIALE POSTERIORE<br>POLIMORFA                                                                                                               | DISTROFIA PIGMENTOSA RETINICA                                                      |
| RFG140          | DISTROFIE EREDITARIE DELLA CORNEA      | DISTROFIA CORNEALE GRANULARE DI TIPO I<br>DISTROFIA CORNEALE GRANULARE DI TIPO III<br>DISTROFIA CORNEALE MACULARE<br>DISTROFIA CORNEALE RETICOLARE<br>DISTROFIA ENDOTELIALE DI FUCHS<br>DISTROFIE STROMALI DELLA CORNEA<br>MEESMANN, DISTROFIA DI | FUNDUS ALBIPUNCTATUS                                                               |

## 9. MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                       | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO   | SINONIMI                                 |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| RC0110          | CRIOGLOBULINEMIA MISTA                    |                                          |                                          |
| RC0210          | BEHÇET, MALATTIA DI                       |                                          | GIGANTISMO CEREBRALE                     |
| RD0030          | PORPORA DI HENOC-SCHÖNLEIN RICORRENTE     |                                          | ANEMIA CONGENITA IPOPLASTICA             |
| RG0010          | ENDOCARDITE REUMATICA                     |                                          | VASCULITE DA IgA                         |
| RG0020          | POLIANGIOITE MICROSCOPICA                 |                                          | DEGENERAZIONE NODULARE DI SALZMANN       |
| RG0030          | POLIARTERITE NODOSA                       |                                          | DISTROFIA CORNEALE ANTERIORE             |
| RG0050          | GRANULOMATOSI EOSINOFILICA CON POLIANGITE |                                          | POLIARTERITE MICROSCOPICA                |
| RG0060          | GOODPASTURE, SINDROME DI                  |                                          |                                          |
| RG0070          | GRANULOMATOSI CON POLIANGITE              |                                          | CHURG-STRAUSS, SINDROME DI               |
|                 |                                           |                                          | DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW DI TIPO I |
|                 |                                           |                                          | GRANULOMATOSI DI WEGENER                 |
| RG0080          | ARTERITE A CELLULE GIGANTI                |                                          | DISTROFIA CORNEALE DI REIS-BÜCKLERS      |
|                 |                                           |                                          | HORTON, MALATTIA DI                      |
| RG0090          | TAKAYASU, MALATTIA DI                     |                                          | DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW TIPO II   |
| RG0100          | TELEANGECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA      |                                          | AMILOIDOSI CORNEALE                      |
| RG0110          | BUDD-CHIARI, SINDROME DI                  |                                          | DISTROFIA LATTICE                        |
| RGG010          | MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE               | PORPORA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA      | RENDU-OSLER-WEBER, MALATTIA DI           |
|                 |                                           | LINFEDEMA EREDITARIO DI TIPO I           |                                          |
|                 |                                           | LINFEDEMA EREDITARIO DI TIPO II          |                                          |
|                 |                                           | LINFEDEMA IDIOPATICO                     |                                          |
| RGG020          | LINFEDEMI PRIMARI CRONICI                 | LINFEDEMA PRIMITIVO AUTOSOMICO RECESSIVO | DISTROFIA CORNEALE EPITELIALE GIOVANILE  |

## 10. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                        | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                  |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| RG0120          | IPERTENSIONE POLMONARE ARTERIOSA IDIOPATICA                                                |                                        |                           |
| RH0011          | SARCOIDOSI (ESENZIONE DA RICONFERMARE DOPO I PRIMI 12 MESI, SOLO PER LE FORME PERSISTENTI) |                                        |                           |
| RH0020          | EMOSIDERSI POLMONARE IDIOPATICA                                                            |                                        | MOSCHCOWITZ, SINDROME DI  |
| RH0021          | PROTEINOSI ALVEOLARE POLMONARE IDIOPATICA                                                  |                                        | LINFEDEMA DI NONNE-MILROY |
| RH0022          | PROTEINOSI ALVEOLARE POLMONARE CONGENITA                                                   |                                        | LINFEDEMA DI MEIGE        |
| RHG010          | MALATTIE INTERSTIZIALI POLMONARI PRIMITIVE                                                 | FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA           |                           |
|                 |                                                                                            | POLMONITE INTERSTIZIALE ACUTA          |                           |
| RHG011          | SINDROMI GRAVI ED INVALIDANTI CON IPOVENTILAZIONE CENTRALE CONGENITA                       | ONDINE, SINDROME DI                    |                           |
|                 |                                                                                            | SINDROME ROHHAD                        |                           |
| RNG110          | DISCINESIE CILIARI PRIMARIE                                                                |                                        |                           |

## 11. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                              | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                            |
|-----------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| RI0010          | ACALASIA ISOLATA E ACALASIA ASSOCIATA A SINDROMI | ALLGROVE, SINDROME DI                  | ALVEOLITE FIBROSANTE CRIPTOGENETICA |
| RI0020          | GASTRITE IPERTROFICA GIGANTE                     |                                        | HAMMAN-RICH, SINDROME DI            |
| RI0030          | GASTROENTERITE EOSINOFILA                        |                                        |                                     |
| RI0040          | SINDROME DA PSEUDO-OSTRUZIONE INTESTINALE        |                                        |                                     |
| RI0050          | COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE                  |                                        |                                     |
| RI0070          | MALATTIA DA INCLUSIONE DEI MICROVILLI            |                                        |                                     |
| RI0080          | LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA             |                                        |                                     |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                              | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                   | SINONIMI |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
|                 |                                                                  | BYLER, MALATTIA DI                                       |          |
| RIG010          | COLESTASI INTRAEPATICHE PROGRESSIVE FAMILIARI                    | COLESTASI INTRAEPATICA PROGRESSIVA FAMILIARE DI TIPO II  |          |
|                 |                                                                  | COLESTASI INTRAEPATICA PROGRESSIVA FAMILIARE DI TIPO III |          |
| RIG020          | DIFETTI CONGENITI GRAVI ED INVALIDANTI DEL TRASPORTO INTESTINALE | DIARREA CONGENITA CON MALASSORBIMENTO DEL SODIO          |          |
|                 |                                                                  | DIARREA CONGENITA CON PERDITA DI CLORURI                 |          |

## 12. MALATTIE DELL'APPARATO GENITO - URINARIO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                 | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                             | SINONIMI              |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| RJ0010          | DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO                                        |                                                                    | CLORIDORREA CONGENITA |
| RJ0020          | FIBROSI RETROPERITONEALE                                            |                                                                    |                       |
| RJ0030          | CISTITE INTERSTIZIALE                                               |                                                                    |                       |
| RJG010          | TUBULOPATIE PRIMITIVE                                               | BARTTER, SINDROME DI<br>DENT, SINDROME DI<br>GITELMAN, SINDROME DI |                       |
| RJG020          | GLOMERULOPATIE PRIMITIVE (ESCLUSO: GLOMERULOPATIA A LESIONI MINIME) |                                                                    |                       |
| RN1360          | ALPORT, SINDROME DI                                                 |                                                                    |                       |

## 13. MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                             | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                 | SINONIMI                                                  |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| RL0010          | ERITROCHERATOLISI HIEMALIS                                      |                                                                                                        |                                                           |
| RL0030          | PEMFIGO                                                         |                                                                                                        |                                                           |
| RL0040          | PEMFIGOIDE BOLLOSO                                              |                                                                                                        |                                                           |
| RL0050          | PEMFIGOIDE BENIGNO DELLE MUCOSE                                 |                                                                                                        | PORENCEFALIA-IPOPLASIA CEREBELLARE-MALFORMAZIONI MULTIPLE |
| RL0060          | LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS                                  |                                                                                                        |                                                           |
| RL0070          | SINDROME MICHELIN TIRE BABY                                     |                                                                                                        | KUNZE-RIEHM, SINDROME DI                                  |
| RL0080          | SCLEROSI CUTANEA DIFFUSA AD ALTA GRAVITÀ CLINICA                |                                                                                                        |                                                           |
| RL0090          | PIODERMA GANGRENOSO CRONICO                                     |                                                                                                        | BEALS, SINDROME DI                                        |
| RN0500          | CUTIS LAXA                                                      |                                                                                                        |                                                           |
| RN0520          | XERODERMA PIGMENTOSO                                            |                                                                                                        |                                                           |
| RN0530          | CHERATOSI FOLLICOLARE ACUMINATA                                 |                                                                                                        |                                                           |
| RN0540          | CUTE MARMORATA TELEANGECTASICA CONGENITA                        |                                                                                                        |                                                           |
| RN0550          | DARIER, MALATTIA DI                                             |                                                                                                        | PAPILLON-LEAGE E PSAUME, SINDROME DI                      |
| RN0570          | EPIDERMOLISI BOLLOSA EREDITARIA                                 |                                                                                                        |                                                           |
| RN0580          | ERITROCHERATODERMIA SIMMETRICA PROGRESSIVA                      |                                                                                                        |                                                           |
| RN0590          | ERITROCHERATODERMIA VARIABILE                                   |                                                                                                        | PENTALOGIA DI CANTRELL                                    |
| RN0620          | PACHIDERMOPERIOSTOSI                                            |                                                                                                        | TOURAINE-SOLENTE-GOLE, SINDROME DI                        |
| RN0630          | PSEUDOXANTOMA ELASTICO                                          |                                                                                                        |                                                           |
| RN0640          | APLASIA CONGENITA DELLA CUTE                                    |                                                                                                        |                                                           |
| RN1470          | HAY-WELLS, SINDROME DI                                          |                                                                                                        |                                                           |
| RN1560          | NEU-LAXOVA, SINDROME DI                                         |                                                                                                        |                                                           |
| RN1650          | SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO                                   |                                                                                                        |                                                           |
| RN1660          | SINDROME DEL NEVO EPIDERMICO                                    |                                                                                                        |                                                           |
| RN1700          | SJÖGREN-LARSSON, SINDROME DI                                    |                                                                                                        |                                                           |
| RN1710          | TAY, SINDROME DI                                                |                                                                                                        |                                                           |
|                 |                                                                 | ITTIOSI A ISTRICE, TIPO CURTH-MACKLIN                                                                  |                                                           |
|                 |                                                                 | ITTIOSI CONGENITA                                                                                      |                                                           |
| RNG070          | ITTIOSI CONGENITE (ESCLUSO: FORME NON GRAVI DI ITTIOSI VOLGARE) | ITTIOSI LAMELLARE RECESSIVA<br>ITTIOSI TIPO "ARLECCHINO"<br>ITTIOSI X-LINKED<br>NETHERTON, SINDROME DI |                                                           |
| RNG130          | CHERATODERMIE PALMOPLANTARI EREDITARIE                          |                                                                                                        |                                                           |
| RNG151          | SINDROMI CON DISPLASIA ECTODERMICA                              | DISPLASIA ECTODERMICA IPOIDROTICA<br>DISPLASIA NEUROECTODERMICA TIPO CHIME                             |                                                           |

| 14. MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO |                                        |                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| CODICE MALATTIA                                                  | MALATTIA E/O GRUPPO                    | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                                   |
| RM0010                                                           | DERMATOMIOSITE                         |                                        |                                            |
| RM0020                                                           | POLIMIOSITE                            |                                        |                                            |
| RM0021                                                           | SINDROME DA ANTICORPI ANTISINTETASI    |                                        |                                            |
| RM0030                                                           | CONNETTIVITE MISTA                     |                                        |                                            |
| RM0040                                                           | FASCITE EOSINOFILA                     |                                        |                                            |
| RM0050                                                           | FASCITE DIFFUSA                        |                                        |                                            |
| RM0060                                                           | POLICONDRITE RICORRENTE                |                                        |                                            |
| RM0070                                                           | ANGIOMATOSI CISTICA DIFFUSA DELL'OSSO  |                                        |                                            |
| RM0080                                                           | ETEROPLASIA OSSEA PROGRESSIVA          |                                        | OSSIFICAZIONE ETEROTOPICA                  |
| RM0090                                                           | FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA |                                        | MIOSITE OSSIFICANTE PROGRESSIVA            |
| RM0100                                                           | MELOREOSTOSI                           |                                        |                                            |
| RM0110                                                           | MIOSITE A CORPI INCLUSI                |                                        |                                            |
| RM0111                                                           | MIOSITE EOSINOFILA IDIOPATICA          |                                        |                                            |
| RM0120                                                           | SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA         |                                        |                                            |
| RM0121                                                           | SINDROME SAPHO                         |                                        | SINOVITE-ACNE-PUSTOLOSI-IPEROSTOSI-OSTEITE |

| 15. MALFORMAZIONI CONGENITE , CROMOSOMOPATIE E SINDROMI GENETICHE |                                        |                                        |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| CODICE MALATTIA                                                   | MALATTIA E/O GRUPPO                    | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI                                                                             |
| RN0310                                                            | KLIPPEL-FEIL , SINDROME DI             |                                        |                                                                                      |
| RC0250                                                            | COSTELLO, SINDROME DI                  |                                        |                                                                                      |
| RC0270                                                            | LOWE, SINDROME DI                      |                                        | SINDROME OCULO-CEREBRO-RENALE                                                        |
| RN0350                                                            | COFFIN-LOWRY, SINDROME DI              |                                        |                                                                                      |
| RN0360                                                            | COFFIN-SIRIS, SINDROME DI              |                                        |                                                                                      |
| RN0380                                                            | FILIPPI, SINDROME DI                   |                                        |                                                                                      |
| RN0401                                                            | COHEN, SINDROME DI                     |                                        |                                                                                      |
| RN0420                                                            | PALLISTER W, SINDROME DI               |                                        | SINDROME W DI PALLISTER                                                              |
| RN0450                                                            | SINDROME CEREBRO-COSTO-MANDIBOLARE     |                                        |                                                                                      |
| RN0650                                                            | PARRY-ROMBERG, SINDROME DI             |                                        | ATROFIA EMIFACCIALE PROGRESSIVA                                                      |
| RN0830                                                            | BLOOM, SINDROME DI                     |                                        |                                                                                      |
| RN0840                                                            | BÖRJESON-FORSSMAN-LEHMANN, SINDROME DI |                                        |                                                                                      |
| RN0850                                                            | SINDROME CHARGE                        |                                        |                                                                                      |
| RN0900                                                            | FRYNS, SINDROME DI                     |                                        |                                                                                      |
| RN0920                                                            | HERMANSKY-PUDLAK, SINDROME DI          |                                        | MACROCEFALIA-LIPOMI MULTIPLI-EMANGIOMI                                               |
| RN0930                                                            | HOLT-ORAM, SINDROME DI                 |                                        |                                                                                      |
| RN0940                                                            | SINDROME KABUKI                        |                                        | NIKAWA-KUROKI, SINDROME DI                                                           |
| RN0970                                                            | MARSHALL, SINDROME DI                  |                                        |                                                                                      |
| RN1010                                                            | NOONAN, SINDROME DI                    |                                        |                                                                                      |
| RN1020                                                            | OPITZ, SINDROME DI                     |                                        | ESTROFIA DELLA CLOACA<br>SINDROME DI OPITZ G/BBB TIPO I<br>KELLER, SINDROME DI       |
| RN1021                                                            | SINDROME FG                            |                                        |                                                                                      |
| RN1030                                                            | PALLISTER-HALL, SINDROME DI            |                                        |                                                                                      |
| RN1130                                                            | SINDROME BRANCHIO-OCULO-FACCIALE       |                                        | NEFRONOFISI GIOVANILE CON AMAUROSIS DI<br>LEBER<br>SINDROME RENALE-RETINICA          |
| RN1140                                                            | SINDROME BRANCHIO-OTO-RENALE           |                                        |                                                                                      |
| RN1150                                                            | SINDROME CARDIO-FACIO-CUTANEA          |                                        |                                                                                      |
| RN1160                                                            | SINDROME OCULO-CEREBRO-CUTANEA         |                                        |                                                                                      |
| RN1180                                                            | SINDROME TRICO-RINO-FALANGEA           |                                        | REIFENSTEIN, SINDROME DI<br>ONICOOSTEODISPLASIA EREDITARIA<br>SINDROME UNGHIA-ROTULA |
| RN1190                                                            | SINDROME NAIL-PATELLA                  |                                        |                                                                                      |
| RN1210                                                            | SMITH-MAGENIS, SINDROME DI             |                                        |                                                                                      |
| RN1240                                                            | TOWNES-BROCKS, SINDROME DI             |                                        |                                                                                      |
| RN1250                                                            | ASSOCIAZIONE VACTERL/VATER             |                                        |                                                                                      |
| RN1260                                                            | WILDERVANCK, SINDROME DI               |                                        |                                                                                      |
| RN1280                                                            | WINCHESTER, SINDROME DI                |                                        |                                                                                      |
| RN1290                                                            | WOLFRAM, SINDROME DI                   |                                        |                                                                                      |
| RN1300                                                            | ANGELMAN, SINDROME DI                  |                                        |                                                                                      |
| RN1310                                                            | PRADER-WILLI, SINDROME DI              |                                        |                                                                                      |
| RN1330                                                            | SINDROME DEL CROMOSOMA X FRAGILE       |                                        | MARTIN-BELL, SINDROME DI                                                             |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                                                                                           | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                | SINONIMI                                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RN1350          | ALAGILLE, SINDROME DI                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1370          | ALSTRÖM, SINDROME DI                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1380          | BARDET-BIEDL, SINDROME DI                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                       | LAURENCE-MOON, SINDROME DI                                                                         |
| RN1410          | CORNELIA DE LANGE, SINDROME DI                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1420          | DE SANCTIS-CACCHIONE, MALATTIA DI                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1440          | DISPLASIA OCULO-DENTO-DIGITALE                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1530          | SINDROME LEOPARD                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1540          | LEVY-HOLLISTER, SINDROME DI                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                       | SINDROME LACRIMO-AURICOLO-DENTO-DIGITALE                                                           |
| RN1620          | RUBINSTEIN-TAYBI, SINDROME DI                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1640          | SINDROME CEREBRO-OCULO-FACIO-SCHELETRICA                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                       | SINDROME DI PENA-SHOKEIR DI TIPO II                                                                |
| RN1770          | SINDROME CARDIOFACCIALE DI CAYLER                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1780          | CHAR, SINDROME DI                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1820          | FINE-LUBINSKY, SINDROME DI                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN1830          | SINDROME MEGALOCORNEA-RITARDO MENTALE                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                       | NEÜHAUSER, SINDROME DI                                                                             |
| RN1850          | MAINZER-SALDINO, SINDROME DI                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       | DISPLASIA RENALE - DISTROFIA PIGMENTATA DELLA RETINA - ATASSIA CERESELLARE - DISPLASIA SCHELETRICA |
|                 |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                       | SINDROME CONORENALE                                                                                |
| RNG080          | SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA (ESCLUSO: TRISOMIA 21; SOGGETTI CON CAROTIPO 47,XXY; SINDROME DEL TRIPLO X; SINDROME DEL DOPPIO Y)                                        |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RNG090          | SINDROMI DA RIARRANGIAMENTI STRUTTURALI SBILANCIATI CROMOSOMICI E GENOMICI                                                                                                    | SINDROMI DA DELEZIONE 22q11.2 (ESCLUSO: SINDROME DI DIGEORGE, DA CERTIFICARE CON CODICE RCG160 E SINDROME CARDIOFACCIALE DI CAYLER, DA CERTIFICARE CON CODICE RN1770) |                                                                                                    |
| RNG091          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE CON ALTERAZIONE DEL TESSUTO CONNETTIVO COME SEGNO PRINCIPALE                                                                                  | LOEYS-DIETZ, SINDROME DI<br>SHPRINTZEN-GOLDBERG, SINDROME DI                                                                                                          |                                                                                                    |
| RNG092          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON BASSA STATURA COME SEGNO PRINCIPALE                                                                                  | NANISMO OSTEODISPLASTICO MICROCEFALICO PRIMITIVO (MOPD)                                                                                                               |                                                                                                    |
| RNG093          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CARATTERIZZATE DA UN ACCRESCIMENTO PRECOCE ECCESSIVO                                                                     | EMIIPERTROFIA CONGENITA                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| RNG094          | SINDROMI PROGEROIDI                                                                                                                                                           | HUTCHINSON-GILFORD, SINDROME DI<br>POICHILODERMA CONGENITO<br>WIEDEMANN-RAUTENSTRAUCH, SINDROME DI                                                                    |                                                                                                    |
| RNG095          | SINDROMI DI WAARDENBURG                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RNG100          | ALTRE ANOMALIE CONGENITE MULTIPLE GRAVI ED INVALIDANTI CON RITARDO MENTALE (LIMITATAMENTE A SINDROMI NOTE)                                                                    | SINDROME KBG                                                                                                                                                          |                                                                                                    |
| RNG200          | AMARTOMATOSI MULTIPLE                                                                                                                                                         | BANNAYAN-ZONANA, SINDROME DI<br>COMPLESSO DI VON MEYENBURG<br>COWDEN, MALATTIA DI                                                                                     |                                                                                                    |
| RN1000          | NAGER, SINDROME DI                                                                                                                                                            | DISOSTOSI ACROFACCIALE DI NAGER<br>APERT, SINDROME DI<br>GOODMAN, SINDROME DI                                                                                         |                                                                                                    |
| RNG030          | SINDROMI CON CRANIOSINOSTOSI                                                                                                                                                  | HALLERMANN-STREIFF, SINDROME DI<br>PIERRE ROBIN, SINDROME DI<br>SINDROME C<br>TREACHER COLLINS, SINDROME DI                                                           |                                                                                                    |
| RNG040          | ALTRE ANOMALIE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA, DEI TEGUMENTI E DELLE MUCOSE (ESCLUSO: SCHISI ISOLATA DELL'UGOLA E LABIOSCHISI ISOLATA) | PALATOSCHISI ISOLATA O SINDROMICA                                                                                                                                     |                                                                                                    |
| RN0300          | SINDROME DA REGRESSIONE CAUDALE                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| RN0370          | DYGGVE-MELCHIOR-CLAUSEN (DMC), SINDROME DI                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | ROTHMUND-THOMSON, SINDROME DI                                                                      |
| RN0410          | JARCHO-LEVIN, SINDROME DI                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                       | DISPLASIA SPONDILOCOSTALE                                                                          |
| RN0960          | MAFFUCCI, SINDROME DI                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                                                                                                                                                  | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SINONIMI                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| RN1450          | DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA CONGENITA                                                                                                                                                                                               | ACONDROGENESI<br>ACONDROPLASIA<br>DESBUQUOIS, SINDROME DI<br>DISPLASIA CAMPOMELICA                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |
| RNG050          | CONDRODISTROFIE CONGENITE                                                                                                                                                                                                            | DISPLASIA DI KNIEST<br>DISPLASIA EPIFISARIA EMIMELICA<br>DISPLASIA METATROPICA<br>DISTROFIA TORACICA ASFISSIANTE<br>LARSEN, SINDROME DI<br>OSTEOCONDROMI MULTIPLI<br>DISCONDROSTEOSI<br>DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA<br>DISPLASIA DIASTROFICA<br>DISPLASIA FIBROSA<br>DISPLASIA PSEUDODIASTROFICA<br>DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA TARDATA |                                       |
| RNG060          | OSTEODISTROFIE CONGENITE ISOLATE O IN FORMA SINDROMICA                                                                                                                                                                               | ELLIS-VAN CREVELD, SINDROME DI<br>ENGELMANN, MALATTIA DI<br>FAIRBANK, MALATTIA DI<br>McCUNE-ALBRIGHT, SINDROME DI<br>OSTEOGENESI IMPERFETTA<br>OSTEOPETROSI<br>SINDROME DOOR                                                                                                                                                             |                                       |
| RNG271          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON DISOSTOSI COME SEGNO PREVALENTE                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RNG121          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE                                                                                                                              | MOEBIUS, SINDROME DI<br>MOHR, MALATTIA DI<br>ORO-FACIO-DIGITALE, SINDROME DI TIPO I<br>SCHINZEL-GIEDION, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                                     |                                       |
| RN0260          | FOCOMELIA                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0270          | DEFORMITA' DI SPRENGEL                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0290          | CAMPTODATTILIA FAMILIARE                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0430          | POLAND, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0460          | SINDROME FEMORO-FACCIALE                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                      | ARACNODATTILIA CONTRATTURALE CONGENITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
| RNG020          | SINDROMI CON ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE                                                                                                                                                                                         | CRISPONI, SINDROME DI<br>MARDEN-WALKER, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |
| RNG131          | ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DEGLI ARTI COME SEGNO PRINCIPALE                                                                                                                          | SINDROME RAPADILINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |
| RN0150          | BLUE RUBBER BLEB NEVUS                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | BEAN, SINDROME DI                     |
| RN0740          | IVEMARK, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ASPLENIA CON ANOMALIE CARDIOVASCOLARI |
| RN1510          | KLIPPEL-TRENAUNAY, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RNG141          | SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DEL CUORE E DEI GRANDI VASI (ESCLUSI: DIFETTO INTERVENTRICOLARE ISOLATO; DIFETTO INTERATRIALE ISOLATO; STENOSI ISOLATA DELLA VALVOLA POLMONARE; PERVIETÀ DEL DOTTO DI BOTALLIO) | CUORE CRISS-CROSS<br>EBSTEIN, ANOMALIA DI<br>SINDROME DEL CUORE SINISTRO IPOPLASICO<br>SINDROME CLOVE<br>SINDROME CON MALFORMAZIONE DEI CAPILLARI E MALFORMAZIONE ARTEROVENOSA (CMAVM)<br>SINDROME METAMERICA ARTEROVENOSA<br>CEREBROFACCIALE                                                                                            |                                       |
| RNG142          | ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DEI VASI PERIFERICI                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0320          | GASTROSCHISI                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0321          | SINDROME PRUNE BELLY                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RN0322          | ONFALOCELE                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |
| RNG132          | ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELLA PARETE ADDOMINALE                                                                                                                                                           | SINDROME TORACO-ADDOMINALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |
| RN0190          | MALFORMAZIONE ANO-RETTALE IN FORMA ISOLATA O SINDROMICA                                                                                                                                                                              | CURRARINO, SINDROME DI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OSTEITE FIBROSA DISSEMINATA           |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                                                             | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                                                                   | SINONIMI                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| RN0200          | HIRSCHSPRUNG, MALATTIA DI                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0201          | GOLDBERG-SHPRINTZEN, SINDROME DI                                                                                                                |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0210          | ATRESIA BILIARE                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0220          | CAROLI, MALATTIA DI                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0230          | MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO                                                                                                                 | ATRESIA COLICA<br>ATRESIA ILEALE                                                                                                                         |                                            |
| RNG251          | DIFETTI CONGENITI DEL TUBO DIGERENTE: AGENESIA, ATRESIE, FISTOLE E DUPLICAZIONI                                                                 | ATRESIA INTESTINALE MULTIPLA<br>CLOACA PERSISTENTE<br>COMPLESSO OEIS<br>DUPLICAZIONI DEL TUBO DIGERENTE                                                  |                                            |
| RNG252          | ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO DIGERENTE                                                                      | IPOPLASIA/APLASIA DELLA MUSCOLATURA DELLA PARETE GASTRICA<br>MICROGASTRIA                                                                                |                                            |
| RN0250          | RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA                                                                                                                     |                                                                                                                                                          | ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO BOLLOSO |
| RN1810          | ESTROFIA VESCICALE                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |                                            |
| RNG261          | MALATTIA RENALE CISTICA GENETICA (ESCLUSO RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE )                                                               | SENIOR-LOKEN, SINDROME DI                                                                                                                                |                                            |
| RNG262          | DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE CON AMBIGUITA' DEI GENITALI E/O DISCORDANZA CARIOTIPO/SVILUPPO GONADICO E/O FENOTIPO                            | DISGENESIA GONADICA<br>PERRAULT, SINDROME DI<br>SINDROME DA INSENSIBILITA' COMPLETA AGLI ANDROGENI<br>SINDROME DA INSENSIBILITA' PARZIALE AGLI ANDROGENI |                                            |
| RNG263          | ALTRI DIFETTI GRAVI ED INVALIDANTI DELLO SVILUPPO SESSUALE CON AMBIGUITA' DEI GENITALI E/O DISCORDANZA CARIOTIPO/SVILUPPO GONADICO E/O FENOTIPO | FRASIER, SINDROME DI<br>SINDROME SERKAL                                                                                                                  |                                            |
| RNG264          | ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO                                                                | AFALLIA<br>EPISPADIA<br>MEGALOURETRA                                                                                                                     |                                            |
| RN0010          | ARNOLD-CHIARI, SINDROME DI                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0020          | MICROCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA                                                                                                               |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0030          | AGENESIA CEREBELLARE                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0040          | JOUBERT, SINDROME DI                                                                                                                            |                                                                                                                                                          | ESOSTOSI MULTIPLE                          |
| RN0050          | LISSENCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA                                                                                                              |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0060          | OLOPROSENCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA                                                                                                           | HARTSFIELD-BIXLER-DEMYER, SINDROME DI                                                                                                                    |                                            |
| RN1340          | AASE-SMITH, SINDROME DI                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1570          | NEUROACANTOCITOSI                                                                                                                               |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1630          | SINDROME ACROCALLOSA                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1740          | WALKER-WARBURG, SINDROME DI                                                                                                                     | BEN ARI-SHUPER-MIMOUNI, SINDROME DI                                                                                                                      |                                            |
| RNG011          | ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON PREVALENTE ALTERAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO                                       | BONNEMANN-MEINECKE, SINDROME DI<br>DISPLASIA CEREBRO-FACIO-TORACICA<br>SINDROME IDROLETALE<br>TORIELLO-CAREY, SINDROME DI                                |                                            |
| RNG150          | AGENESIA/DISGENESIA DEL CORPO CALLOSO IN FORMA ISOLATA O SINDROMICA                                                                             | ANDERMANN, SINDROME DI<br>DANDY-WALKER, SINDROME DI                                                                                                      |                                            |
| RQ0010          | GERSTMANN, SINDROME DI                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |                                            |
| RFG150          | ANOFTALMIA/MICROFTALMIA ISOLATE O SINDROMICHE                                                                                                   | LENZ, SINDROME DI<br>SINDROME ANOFTALMIA PLUS                                                                                                            |                                            |
| RN0070          | FOIX-CHAVANY-MARIE, SINDROME DI                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0090          | AXENFELD-RIEGER, ANOMALIA DI                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0100          | PETERS, ANOMALIA DI                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0110          | ANIRIDIA                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0130          | ANOMALIA "MORNING-GLORY"                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0140          | PERSISTENZA DELLA MEMBRANA PUPILLARE                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN0860          | DISPLASIA SETTO-OTTICA                                                                                                                          |                                                                                                                                                          | DE MORSIER, SINDROME DI                    |
| RN1050          | AXENFELD-RIEGER, SINDROME DI                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1460          | FRASER, SINDROME DI                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1580          | NORRIE, MALATTIA DI                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                            |
| RN1720          | VOGT-KOYANAGI-HARADA, SINDROME DI                                                                                                               |                                                                                                                                                          |                                            |

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                                                                                           | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO                                                                       | SINONIMI |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| RN1750          | WEILL-MARCHESANI, SINDROME DI                                                                                 |                                                                                                              |          |
| RNG101          | COLOBOMA CONGENITO OCULARE ISOLATO O SINDROMICO                                                               | COLOBOMA CONGENITO CORIORETINICO<br>COLOBOMA CONGENITO DELL'IRIDE<br>AICARDI, SINDROME DI                    |          |
| RNG111          | ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON PREVALENTE INTERESSAMENTO DELL'APPARATO VISIVO | BARAITSER-WINTER, SINDROME DI<br>NANCE-HORAN, SINDROME DI<br>SINDROME CEREBRO-OCULO-NASALE<br>SINDROME CODAS |          |

#### 16. ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

| CODICE MALATTIA | MALATTIA E/O GRUPPO                | ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTE AL GRUPPO | SINONIMI |
|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| RP0010          | EMBRIOFETOPATIA RUBEOLICA          |                                        |          |
| RP0020          | SINDROME FETALE DA ACIDO VALPROICO |                                        |          |
| RP0030          | SINDROME FETALE DA IDANTOINA       |                                        |          |
| RP0040          | SINDROME ALCOLICA FETALE           |                                        |          |
| RP0060          | KERNITTERO                         |                                        |          |
| RP0070          | FIBROSI EPATICA CONGENITA          |                                        |          |
| RP0080          | EMBRIOPATIA DA IPERFENILALANINEMIA |                                        |          |

**TABELLA 4**

**ALLEGATO 10A - DPCM 12.01.2017**

**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITA' RESPONSABILE,  
ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE**

**1. Prestazioni specialistiche per la donna**

|         |                                                                                                                                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 89.26.1 | PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA |
| 90.49.3 | ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]                                                                                                                                      |
| 90.62.2 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                    |
| 90.66.7 | Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)                                                                                                                                |
| 91.26.D | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie                                                          |
| 91.26.E | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario                                                                                                                               |
| 91.38.5 | ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]                                                                                                                                                |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                 |

(\*)

(\*) Se non effettuato nei tre anni precedenti nella fascia d'età dello screening (>25 anni)

**2. Prestazioni specialistiche per l'uomo**

|         |                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90.62.2 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico |
| 90.66.7 | Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)                                                                                             |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                              |

**3. Prestazioni specialistiche per la coppia**

|         |                                                                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90.65.3 | GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)                                                                                                 |
| 91.10.B | TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] pi' VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                   |

**4. dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico:**

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alla coppia</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 68.12.1            | ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 68.16.1            | BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 88.78.2            | ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 89.7B.1            | PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07 |
| 90.46.5            | ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 90.47.5            | ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 90.51.4            | ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 90.51.5            | ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 90.54.4            | ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 91.49.2            | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| G2.01              | ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

(\*)

(\*) Lo standard tecnico rappresentato dalle sonde endovaginali ad alta frequenza (5 MHz).  
La via transaddominale limitata ai fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale

**ALLEGATO 10B - DPCM 12.01.2017**

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

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

|         |                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 89.26.3 | PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA                                                                                       |  |
| 90.27.1 | GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalit  (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)                                                                                                         |  |
| 90.44.3 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                         |  |
| 90.49.3 | ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]                                                                                                                                                      |  |
|         | <b>Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane</b>                                                                                                                                                        |  |
| 90.62.2 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                    |  |
| 90.65.3 | GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)                                                                                                                                               |  |
|         | <b>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</b>                                                                                                                                                  |  |
| 90.66.7 | Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)                                                                                                                                                |  |
|         | <b>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</b>                                                                                                                                                  |  |
| 90.88.J | CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative                                                                                                                                   |  |
|         |                                                                                                                                                                                                           |  |
| 90.94.2 | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. 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                                              |  |
|         | <b>In caso di fattori di rischio riconosciuti (*)</b>                                                                                                                                                     |  |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting                                                       |  |
|         | <b>Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negativit </b>                                                                                                                                               |  |
| 91.10.B | TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] pi' VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting                                               |  |
| 91.19.5 | VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                     |  |
|         | <b>In caso di fattori di rischio riconosciuti (*)</b>                                                                                                                                                     |  |
| 91.20.2 | VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso:, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento                                                                |  |
|         | <b>Solo in caso di HCV positivo</b>                                                                                                                                                                       |  |
| 91.23.F | VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS |  |
|         | <b>Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti</b>                                                                                                                                                       |  |
| 91.26.D | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie                                                                         |  |
|         | <b>Da ripetere entro la 17^ settimana in caso di negativit </b>                                                                                                                                           |  |
| 91.26.E | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario                                                                                                                                               |  |
|         | <b>Da ripetere entro la 17^ settimana in caso di negativit </b>                                                                                                                                           |  |
| 88.78   | ECOGRAFIA OSTETRICA                                                                                                                                                                                       |  |
|         | <b>Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'et  gestazionale</b>                                                                                                                                |  |
| 88.78.4 | ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6                                                                         |  |
|         | <b>Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg</b>                                                                                                                            |  |
| 90.17.6 | HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A                                                                                                                                                                              |  |
| 91.38.5 | ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]                                                                                                                                                                |  |
|         | <b>Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening</b>                                                                                                                                      |  |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                 |  |

(\*) secondo le Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

Nel **SECONDO TRIMESTRE**

da 14 settimane + 0gg. a 18 settimane + 6gg:

|         |                                                                                                                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90.17.8 | TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE                                     |
| 90.26.5 | GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1<br><b>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio (*)</b> |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting                                                         |
| 91.26.D | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie<br><b>In caso di sieronegativit </b>                                      |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                   |

(\*) secondo le Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

da 19 settimane + 0gg a 23 settimane + 6gg

|         |                                                                                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 88.78.3 | ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE                                                          |
|         | <b>da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0</b>                                                                                          |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting |
|         | <b>In caso di sieronegativit </b>                                                                                                                   |

da 24 settimane + 0gg a 27 settimane + 6gg

|         |                                                                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90.26.5 | GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1                                            |
|         | <b>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio</b>                                                                               |
| 90.44.3 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                              |
| 90.94.2 | ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma |
|         | <b>In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria</b>                                                              |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting            |
|         | <b>In caso di sieronegativit </b>                                                                                                                              |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                      |

(\*) secondo le Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

Nel **TERZO TRIMESTRE**

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

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

da 33 settimane + 0 gg. a 37 settimane + 6gg

|         |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 90.44.3 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario                                                                                                                                                                                                             | (*) |
| 90.62.2 | EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico                                                                                                        |     |
| 90.94.2 | ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma                                                                                                |     |
|         | <b><i>in caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria</i></b>                                                                                                                                                      |     |
| 91.08.4 | STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE. Incluso: Identificazione                                                                                                                                                                  |     |
|         | <b><i>Raccomandato a 36-37 settimane</i></b>                                                                                                                                                                                                                  |     |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidit  delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting                                                                                                           |     |
|         | <b><i>In caso di sieronegativit </i></b>                                                                                                                                                                                                                      |     |
| 91.10.B | TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] pi  VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting                                                                                                   |     |
| 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 |     |
| 91.23.F | VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS                                                      |     |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO                                                                                                                                                                                                                                     |     |

(\*) secondo le Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

da 41 settimane + 0gg:

|         |                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------|
| 88.78   | ECOGRAFIA OSTETRICA                                              |
|         | <b><i>per valutazione quantitativa del liquido amniotico</i></b> |
| 75.34.1 | CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA                                         |

Per le donne che si presentano dopo la 13<sup>a</sup> settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso.

## CONDIZIONI DI ACCESSO ALLA DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA, IN ESCLUSIONE DALLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO

L'accesso alla diagnosi prenatale ha due principali gruppi di indicazione, che riguardano situazioni nelle quali il rischio di patologia fetale è aumentato al di sopra dei livelli medi della popolazione generale:

- 1) Rischio procreativo prevedibile a priori in quanto correlato ad una condizione biologica- genetica presente in uno o in entrambi i genitori o nella famiglia, da valutare in sede di consulenza genetica;
- 2) Rischio rilevato in corso di gravidanza: difetti fetali evidenziati mediante ecografia alterazione di parametri biochimici/molecolari rilevati con sistemi validati ed erogati presso strutture appositamente individuate dalle regioni, predittivi di patologie fetali e/o cromosomiche/geniche, patologie infettive a rischio fetale.

Le condizioni per le quali è previsto l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva sono:

### 1) Per le indagini citogenetiche:

- probabilità di trisomia 21, o di altre anomalie cromosomiche  $\geq 1/300$  al momento del test per la valutazione del rischio nel primo trimestre (o  $\geq 1/250$  in caso di test nel secondo trimestre) calcolata secondo i metodi indicati dalle Regioni tra quelli basati sulla età materna in combinazione con altri parametri ecografici fetali e/o di laboratorio. Tale calcolo dovrà essere effettuato utilizzando specifici protocolli nell'ambito di programmi che garantiscano uniformità di accesso in tutto il territorio regionale, in Centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità. L'opzione da parte delle Regioni deve essere orientata all'adozione di metodi di calcolo del rischio con una maggiore sensibilità diagnostica e un minor numero di falsi positivi tenuto conto dell'evoluzione della ricerca scientifica e tecnologica;
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale bilanciato dei cromosomi;
- genitore con aneuploidia cromosomica omogenea o in mosaico;
- anomalie fetali/della gravidanza evidenziate mediante ecografia.

### 2) Per le indagini genetiche:

- genitore eterozigote per una patologia/mutazione autosomica dominante;
- genitori entrambi eterozigoti per mutazioni geniche correlate a patologie autosomiche recessive;
- madre eterozigote per mutazioni recessive legate all'X;
- madre portatrice di mutazione mitocondriale;
- segni ecografici feto-annessiali indicativi di specifiche patologie geniche;
- altre condizioni di possibile rischio correlate alla storia familiare, da verificare in sede di consulenza genetica.

### 3) Per le indagini infettivologiche:

- condizione di rischio fetale determinato sulla base di una accertata infezione materna e/o di segni rilevati all'ecografia potenzialmente associati a patologie infettive.