

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

N.370

## **ATTO DEL GOVERNO SOTTOPOSTO A PARERE PARLAMENTARE**

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri concernente le modifiche e le integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario (370)

*(articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208)*

---

*Trasmesso alla Presidenza il 24 dicembre 2025*

---



## IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

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

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1902, n. 421, che all’articolo 1, definisce i Livelli Essenziali di Assistenza come l’insieme delle prestazioni garantite dal SSN, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, in quanto per specifiche condizioni cliniche, presentano evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, sono più costose di altre;

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

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

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

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

VISTO l’articolo 1, commi 556 e seguenti della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che affidano alla Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, il compito di



formulare la proposta di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sulla base dell'attività svolta;

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



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

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

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

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

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

CONSIDERATO che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, in attesa dell'emanazione del sopra citato decreto per le tariffe massime  Chiusura del termine CARRIVEDS 29 gennaio 2025 Fin. 2024/2025  le proposte di

aggiornamento istruite nel corso dei lavori della medesima, fra cui quelle comportanti oneri a carico della finanza pubblica, oggetto del presente provvedimento;

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

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



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

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

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

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

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

TENUTO CONTO dell'esito della seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 15 gennaio 2025 durante la quale è stata definitivamente  Camera dei Deputati approvato il presente decreto,  Senato della Repubblica

unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito nella definizione della nuova proposta tariffaria;

VISTA l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 ottobre 2025 (Rep. Atti n. 176/CSR);

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

## DECRETA

### Art. 1 (Oggetto)

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

### Art. 2 (Prevenzione collettiva e sanità pubblica)

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



sanità pubblica” al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

### Art. 3

#### (Assistenza Specialistica ambulatoriale)

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

### Art. 4

#### (Assistenza Protesica)

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

### Art. 5

#### (Esenzione per malattie croniche e invalidanti)



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

#### Art. 6

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

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

#### Art. 7

(Oneri)

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

#### Art.8

(Norme finali e transitorie)

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



Roma,

Consiglio dei Ministri

Il Presidente del

Il Ministro della salute  
delle finanze

Il Ministro dell'economia e





**Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica**

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

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

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



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

<b>ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 4 e 4D al dPCM 12 GENNAIO 2017</b>
---

<b>INDICE</b>
---------------

<a href="#"><u>B Inserimento di nuove prestazioni</u></a>
---

<a href="#"><u>B1 Modifica nella descrizione della prestazione</u></a>
--

<a href="#"><u>B2 Modifica dell'allegato GENETICA COLONNA "E": ANATOMIA PATOLOGICA</u></a>
--

<a href="#"><u>B3 Inserimento di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza</u></a>
--

<a href="#"><u>B4 Modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza</u></a>
---

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

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

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

## ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4

### B1 Modifica nella descrizione della prestazione

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

## ALLEGATO B - AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4

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

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

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



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

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G003	Melanoma maligno	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		BRAF (V600 - T1)	vemurafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	vemurafenib in associazione al cobimetinib - inoperabile o metastatico				
		BRAF (V600 escluse V600E e V600K) - T2)	vemurafenib in associazione al cobimetinib - adulti con melanoma inoperabile o metastatico				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	encorafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	dabrafenib				
		BRAF (V600 escluse V600E e V600K) - T2)	dabrafenib o encorafenib o vemurafenib				
		BRAF (V600E, V600K - T1)	dabrafenib - adiuvante o metastatico				
		C-KIT (D579del, K642E, L576P, L576del, P577del, V559A, V560D, V560G, V560del, V654A, W557G, W557R, Y553_K558del - T2)	Imatinib - metastatico inoperabile, non trattabile o in progressione				
G004	Tumori a origine dalle cellule follicolari della Tiroide	BRAF, RAS	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia	91.60.6			
G005	Tumori stromali gastrointestinali (GIST)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		KIT (mutazioni oncogeniche, A829P, C809G, D816, D820, N822, Y823D, T670I, V654A)	farmaci autorizzati da AIFA per l'impiego nel tumore stromale gastrointestinale				
		PDGFRA (Exon 18 in-frame deletions, Exon 18 in-frame insertions, Exon 18 missense mutations, D842V)	farmaci autorizzati da AIFA per l'impiego nel tumore stromale gastrointestinale				
G006	Carcinoma mammario	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.03			
		BRCA1, BRCA2 (mutazioni oncogeniche - T3)	con talazoparib o olaparib				
		ERBB2 (amplificazione - T1)	tucatinib o pertuzumab o trastuzumab emtansine				
		HER2-neu	Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2				
		PIK3CA (C420R, E542K, E545A, E545D, E545G, E545V)	alpelisib				
G007	Carcinoma gastrico	Pannello avanzato di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			

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

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

CODICE	PATOLOGIA	GENI DI RIFERIMENTO (MUTAZIONI DA INDAGARE, LIVELLO DI EVIDENZA)	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	PRESTAZIONI DI RIFERIMENTO			
G031	Carcinoma prostatico	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.14			
		ATM (mutazioni oncogeniche - T1)	olaparib				
		BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L (mutazioni oncogeniche - T1)	olaparib				
G032	Carcinoma renale	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		Atri biomarcatori (Microsatellite Instability-High, Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
		MTOR (L2209V, L2427Q - T3)	temsirolimus				
		MTOR (Q2223K - T3)	everolimus				
G033	Carcinoma tiroideo	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		RET (fusioni - T1)	selpercatinib				
G034	Carcinoma a cellule squamose di testa e collo (HN SCC)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.02			
		Atri biomarcatori (Microsatellite Instability-High, Tumor Mutational Burden-High - T1)	pembrolizumab				
G035	Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA)	Pannello standard di geni azionabili	A scopo prognostico e predittivo della risposta alla terapia con i seguenti trattamenti:	G1.01			
		ABL1 (BCR-ABL1 Fusion, T315I - T1)	ponatinib				
		ABL1 (BCR-ABL1 fusione - T1)	ponatinib per il trattamento di I linea, comprendente induzione e consolidamento in associazione o meno alla chemioterapia intensiva (basata su dosi elevate di citosina arabinoside e di metotrexato) dei pazienti adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Ph+				
		ABL1 (T315I - T1)	ponatinib per il trattamento di I linea, comprendente induzione e consolidamento in associazione o meno alla chemioterapia intensiva (basata su dosi elevate di citosina arabinoside e di metotrexato) dei pazienti adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Ph+				

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

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

## AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4D

### B3: Inserimento condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

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



## AGGIORNAMENTO ALLEGATO 4D

### B4 Modifica di condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza

Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva

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

Indice	Foglio
<u><a href="#">INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 1</a></u>	C1
<u><a href="#">INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 2B</a></u>	C2B

# ALLEGATO C- AGGIORNAMENTO DPCM NON ISORISORSE 2023

## INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 1

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

*Classe 06 "Ortesi e protesi"*

### **06.18 protesi di arto superiore**

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

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

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

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

<b>06.18.92.441</b>	<b>sostituzione gancio funzionale standard in lega leggera con attacco</b>
---------------------	--

<b>06.18.92.444</b>	<b>sostituzione gancio funzionale per lavoro pesante in acciaio con attacco</b>
---------------------	---

<b>06.18.92.447</b>	<b>elastico per chiusura n. 5 pezzi</b>
---------------------	---

<b>06.18.92.450</b>	<b>molla semplice per chiusura</b>
---------------------	------------------------------------

<b>06.18.92.453</b>	<b>molla doppia per chiusura</b>
---------------------	----------------------------------

<b>06.18.92.456</b>	<b>rivestimento ganasce n. 10 pezzi</b>
---------------------	---

<b>06.18.92.459</b>	<b>polso a rotazione passiva con dispositivo di intercambiabilità della mano e del gancio</b>
---------------------	---

### **06.24 protesi di arto inferiore**

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

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

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

# ALLEGATO C- AGGIORNAMENTO DPCM NON ISORISORSE 2023

## INSERIMENTO NUOVI AUSILI ELENCO 2B

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

*Classe 22 "Ausili per comunicazione e informazione"*

### **22.27 ausili per indicazioni, segnalazioni e allarmi**

Orologi - dopo il codice 22.27.12.009 inserire:

22.27.12.012	orologio da polso consultabile tramite vibrazione
--------------	---

22.27.12.015	orologio tattile da taschino
--------------	------------------------------



<b>ALLEGATO D - AGGIORNAMENTO NON ISORISORSE dell'ALLEGATO 8 al dPCM 12 GENNAIO 2017</b>
--

<b>Indice</b>
---------------

<b><u>D INSERIMENTO NUOVA MALATTIA O CONDIZIONE ESENTE</u></b>
--

<b><u>D1 - MODIFICA TABELLA DI CORRISPONDENZA</u></b>
---

<b><u>D2 - INSERIMENTO PRESTAZIONI ESENTI PER NUOVE MALATTIE</u></b>
--

<b><u>D3 - INTEGRAZIONE ELENCHI PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI</u></b>
---

<b><u>D4 - ELIMINAZIONE PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI</u></b>
---

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

### D INSERIMENTO NUOVA MALATTIA O CONDIZIONE ESENTE

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

\* ai sensi del DM 23.11.2012

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

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

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

## D2 - INSERIMENTO PRESTAZIONI ESENTI PER NUOVE MALATTIE

068 .729.0

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

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

069 .705.83

**IDROSADENITE CRONICA SUPPURATIVA (limitatamente allo stadio III di Hurley)**

PRESTAZIONI					FREQUENZA
				VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	3 volte l'anno
			96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita	ogni 12 mesi
				OPPURE	
			96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. Frequenza	ogni 12 mesi
				* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

70 031.0

**MALATTIA POLMONARE DA MICOBATTERI NON TUBERCOLARI**

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



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

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

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

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

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



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

					PRESTAZIONI	FREQUENZA
		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti prestazioni:</i>	89.52		ELETTROCARDIOGRAMMA	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
			90.99.1		MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
			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	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
			91.19.5		VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
			91.23.F		VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV - 2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
			H	92.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	prima dell'inizio della terapia e un controllo annuale.
					<b>EPATITE CRONICA (ATTIVA)</b>	
	016 .571.4; .070.32; .070.33; .070.54; .070.9				<b>PRESTAZIONI</b>	<b>FREQUENZA</b>
		<i>In alternativa alla 88.74.1</i>	88.74.B		ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	
					<b>PSICOSI</b>	
	044 .295.0; .295.1; .295.2; .295.3; .295.5; .295.6; .295.7; .295.8; .296.0; .296.1; .296.2; .296.3; .296.4; .296.5; .296.6; .296.7; .296.8; .297.0; .297.1; .297.2; .297.3; .297.8; .298.0; .298.1; .298.2; .298.4; .298.8; .299.0; .299.1; .299.8				<b>PRESTAZIONI</b>	<b>FREQUENZA</b>
		<i>In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di</i>	90.09.2		ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	Ogni 6 mesi
			90.04.5		ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	Ogni 6 mesi
			90.11.4		CALCIO TOTALE	Ogni 6 mesi
			90.14.1		COLESTEROLO HDL	Ogni 6 mesi
			90.14.3		COLESTEROLO TOTALE	Ogni 6 mesi
			90.16.3		CREATININA. Non associabile a 90.16.4	Ogni 6 mesi
			90.25.5		GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	Ogni 6 mesi
			90.27.1		GLUCOSIO	Ogni 6 mesi
			90.37.4		POTASSIO	Ogni 6 mesi
			90.40.4		SODIO	Ogni 6 mesi
			90.43.2		TRIGLICERIDI	Ogni 6 mesi
			90.44.1		UREA	Ogni 6 mesi
		<i>Limitatamente al monitoraggio della terapia con litio</i>	90.54.4		ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	Ogni 12 mesi
		<i>Limitatamente al monitoraggio della terapia con litio</i>	90.51.4		ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	Ogni 12 mesi

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

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

## D4 - ELIMINAZIONE PRESTAZIONI PER MALATTIE/CONDIZIONI GIA' ESENTI

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

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

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

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