REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

Seduta del 26 SET. 2017 Deliberazione N. 521

L'anno _____ il giorno _____ del mese di 26 SET. 2017 negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Sig. Presidente Giovanni LOLLI

con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	X	☐
2. DI MATTEO Donato	☐	X
3. GEROSOLIMO Andrea	X	☐
4. PAOLUCCI Silvio	X	☐
5. PEPE Dino	X	☐
6. SCLOCCO Marinella	☐	X

Svolge le funzioni di Segretario Daniela Valenza

OGGETTO

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*". Approvazione delle prime disposizioni attuative.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'art. 1, comma 7, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in virtù del quale *sono posti a carico del Servizio Sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo*, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai princìpi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale;
- non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano i principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

VISTO il **D.P.C.M. 29 novembre 2001**, avente ad oggetto la "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";

VISTO il **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** recante la "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017;

PRESO ATTO che con il citato **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** *sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)*, ovvero il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche e l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

EVIDENZIATO che, con riferimento alle *malattie rare*, l'**art. 52 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** dispone che *le persone affette dalle malattie rare indicate nell'***Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato A"**) *hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria*;

PRESO ATTO che l'**art. 64 D.P.C.M. 12 gennaio 2017**:

- *demanda a successivi appositi accordi*, da sancire in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Provincie Autonome su proposta del Ministro della Salute, *la definizione dei criteri uniformi per l'individuazione di limiti e modalità di erogazione di alcune prestazioni*;
- *prevede tempistiche diverse per l'entrata in vigore di alcune disposizioni in materia di assistenza specialistica e di assistenza protesica*;

EVIDENZIATO, in particolare che, con riferimento alle *malattie croniche e invalidanti*:

- l'**art. 53 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** prevede che *le persone affette dalle malattie croniche e invalidanti individuate* dall'**Allegato 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato B"**) *abbiano diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie indicate dal medesimo*;
- ai sensi della *disciplina transitoria* di cui all'**art. 64 D.P.C.M. 12 gennaio 2017**:
  - *le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale* (cfr., **artt. 15 e 16 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e relativi Allegati 4, 4A, 4B, 4C, 4D**) *entreranno in vigore dalla data di pubblicazione di un successivo decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze*, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni;
  - *fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto* nell'**Allegato 8-bis al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato C"**);

EVIDENZIATO, altresì, che, con riferimento alle *malattie rare*:

- l'**art. 52 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** prevede che *le persone affette dalle malattie rare indicate nel relativo allegato 7 abbiano diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria*;
- ai sensi della *disciplina transitoria* di cui all'**art. 64 D.P.C.M. 12 gennaio 2017**:
  - le disposizioni di cui all'**art. 52 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** ed all'**Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato A"**) *entrano in vigore dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore* del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**;
  - *entro tale data le Regioni adeguano le Reti regionali per le malattie rare* con l'individuazione dei relativi Presidi e i Registri regionali;



EVIDENZIATO, inoltre, che, con riferimento all'*assistenza protesica*:

- il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone di cui all'**art. 18 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** *le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale* volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito (cfr., **art. 17, comma 1, D.P.C.M. 12 gennaio 2017**);
- *il nomenclatore di cui all'***Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** *contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi*, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'**art. 18, commi 2 e 3, D.P.C.M. 12 gennaio 2017** erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo, il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle caratteristiche principali, eventuali condizioni o limiti di erogabilità, eventuali indicazioni cliniche prioritarie volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Le prestazioni e i dispositivi sono erogabili nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel nomenclatore (cfr., **art. 17, comma 2, D.P.C.M. 12 gennaio 2017**);

RITENUTO di dover confermare le suddette indicazioni, rientranti tra *le prime necessarie disposizioni di attuazione* del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**;

RAVVISATA la necessità di recepire, per i motivi di cui sopra:

1. l'**Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato A"**, contenente *l'elenco delle malattie rare* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;
2. l'**Allegato 8 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato B"**, contenente *l'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;
3. l'**Allegato 8-bis del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato C"**, contenente *l'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;
4. l'**Allegato 5 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato D"**, contenente *gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'art. 18, commi 2 e 3, D.P.C.M. 12 gennaio 2017, erogabili dal Servizio sanitario nazionale*;

PRECISATO che, per i motivi già evidenziati, l'**Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato A"**) e l'**Allegato 8-bis al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato C"**) sono immediatamente efficaci;

VISTO il **D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124**, avente ad oggetto la "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449*";

VISTO il **D.M. 18 maggio 2001, n. 279**, avente ad oggetto il "*Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*";

RICHIAMATO l'**art. 5, comma 1, D.M. 18 maggio 2001, n. 279**, che prevede che *l'assistito per il quale sia stato formulato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale il sospetto diagnostico di una malattia rara è indirizzato dallo stesso medico ai presidi della Rete in grado di garantire la diagnosi della specifica malattia o del gruppo di malattie*;

DATO ATTO CHE:

- ai sensi dell'**art. 5, comma 4, D.M. 18 maggio 2001, n. 279**, l'assistito cui sia stata accertata da un presidio della Rete una malattia rara di cui all'**Allegato 1 al D.M. 18 maggio 2001, n. 279** *può chiedere il riconoscimento del diritto all'esenzione all'Azienda U.S.L. di residenza, allegando la certificazione rilasciata dal presidio stesso*;
- ai sensi dell'**art. 6, comma 1, D.M. 18 maggio 2001, n. 279**, *l'assistito riconosciuto esente ha diritto alle prestazioni di assistenza sanitaria*, prescritte con le modalità previste dalla vigente normativa, incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia dalla quale è affetto e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti;

PRESO ATTO che, a seguito dell'entrata in vigore del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**:

- *sono state introdotte nuove malattie croniche e invalidanti esenti*;
- *alcune malattie rare esenti sono diventate croniche esenti*;
- *vengono introdotte nuove malattie rare esenti*;
- *alcune malattie croniche e invalidanti esenti diventano rare esenti*;
- *alcune patologie in precedenza esenti non sono più considerate tali*;
- *alcuni codici e descrizioni di patologie sono stati modificati*;

EVIDENZIATO, nello specifico, che, a seguito dell'entrata in vigore del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, per quanto concerne la materia delle *malattie rare*, alcune patologie già previste nell'**Allegato 1 al D.M. 18 maggio 2001, n. 279** sono diventate croniche esenti in quanto ora ricomprese nell'**Allegato 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "B"**) e nell'**Allegato 8-bis al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "C"**), quest'ultimo di immediata applicazione, e precisamente le seguenti patologie e condizioni:

VECCHIO CODICE DI ESENZIONE PER MALATTIA RARA (CFR., ALLEGATO 1 D.M. 18 MAGGIO 2001, N. 279)	NUOVO CODICE DI ESENZIONE PER MALATTIA CRONICA E INVALIDANTE (CFR., ALLEGATI 8 E ALLEGATO 8-BIS D.P.C.M. 12 GENNAIO 2017)
RI0060 Sprue celiaca	059 Malattia celiaca
RL0020 Dermatite erpetiforme	059 Malattia celiaca
RMG010 Connettiviti indifferenziate	067 Connettiviti indifferenziate
RN0660 Down sindrome di	065 Sindrome di Down
RN0690 Klinefelter sindrome di	066 Sindrome di Klinefelter

EVIDENZIATO, nello specifico, che, a seguito dell'entrata in vigore del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, per quanto concerne la materia delle *malattie croniche*, sono state introdotte nuove malattie croniche esenti, ora ricomprese nell'**Allegato 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "B"**) e nell'**Allegato 8-bis al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "C"**), quest'ultimo di immediata applicazione, e precisamente le seguenti patologie e condizioni:



CODICE DI ESENZIONE	DESCRIZIONE esenzione	ICD9-CM	DESCRIZIONE MALATTIA
057	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) negli stadi clinici "moderata", "grave" e "molto grave"		
058	Donatori d'organo		
060	Osteomielite cronica	.730.1	Osteomielite cronica
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.581.1	Sindrome nefrosica con lesioni di glomerulonefrite membranosa
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.581.2	Sindrome nefrosica con lesioni di glomerulonefrite membranoproliferativa
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.582.1	Glomerulonefrite cronica con lesioni di glomerulonefrite membranosa (compresa la glomerulosclerosi focale)
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.582.2	Glomerulonefrite cronica con lesioni di glomerulonefrite membranoproliferativa
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.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)	.587	Rene grinzo glomerulonefritico
061	Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	.590.0	Pielonefrite cronica
062	Rene policistico autosomico dominante	.753.13	Rene policistico autosomico dominante
063	Endometriosi "moderata" e "grave" (III - IV stadio ASRM)	.617	Endometriosi
064	Sindrome da Talidomide (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)	.755.4	Amelia, emimelia, focomelia
064	Sindrome da Talidomide (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)	.742.59	Micromelia

EVIDENZIATO, altresì, che l'**Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "A"**) - che per quanto sopra detto sostituisce l'**Allegato 1 D.M. n. 279/2001**, a far data dal centottantesimo giorno successivo alla pubblicazione del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, introduce nuove malattie rare esenti, due delle quali erano prima ricomprese tra le malattie croniche e invalidanti ai sensi della precedente normativa ora abrogata e precisamente:

VECCHIO CODICE DI ESENZIONE PER MALATTIA CRONICA E INVALIDANTE	NUOVO CODICE DI ESENZIONE PER MALATTIA RARA
034 MIASTENIA GRAVE	RFG101 MIASTENIA GRAVIS
047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)	RM0120 SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA

EVIDENZIATO, altresì, che risultano modificati i codici di esenzione attribuiti alle seguenti malattie cronich di cui all'**Allegato 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **Allegato "B"**) ed all'**Allegato 8-bis al D.P.C.M. 1 gennaio 2017** (cfr., **Allegato** "C") già soprarichiamati:

VECCHIO CODICE	NUOVO CODICE	DESCRIZIONE CODICE ESENZIONE
A02	0A02	Malattie cardiache e del circolo polmonare
B02	0B02	Malattie cerebrovascolari
C02	0C02	Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici
A31	0A31	Ipertensione arteriosa (senza danno d'organo)
031	0031	Ipertensione arteriosa con danno d'organo

RITENUTO necessario, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza ai cittadini affetti da malattie rare croniche invalidanti e come tali aventi diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi della nuov normativa di riferimento contenuta nel **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, *stabilire le prime disposizioni attuativ nella materia in questione*;

PRECISATO che, con **Nota Prot. n. RA0225276/17 del 31 agosto 2017** (cfr., **"Allegato E"**), *il Dipartimento per la Salute e il Welfare ha diramato indicazioni all'Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematic (A.R.I.T.)* - in qualità di ente gestore del Sistema Informativo Sanitario Anagrafe Regionale -, nonché a Referenti CUP e CED delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, per il tramite dei rispettivi Direttor Generali delle Aziende UU.S.LL., finalizzate all'adeguamento dei gestionali e degli archivi anagrafici d rispettiva pertinenza secondo i nuovi codici di cui al suddetto **Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr. **"Allegato A"**);

DATO ATTO che per assicurare i livelli di assistenza per le malattie rare indicate dall'**Allegato 7 al D.P.C.M 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato A"**), *è necessario*, altresì, *procedere all'adeguamento delle rete regionale alla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali per le malattie rare*;

RICHIAMATA, in tal senso, la **D.G.R. 30 marzo 2017 n. 130** recante "*Presa d'atto e recepimento dell'Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 2 lett. b) e 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281, tra i Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano Nazionale delle Malattie Rare*";

DATO ATTO che con la soprarichiamata **D.G.R. 30 marzo 2017 n. 130**, nel prendere atto e recepire l'**Accordo della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome Rep. Atti n. 140/CSR del 16 ottobre 2014** ivi allegato quale parte costitutiva ed integrante, *la Giunta Regionale ha espressamente demandato all'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo gli adempimenti conseguenti*;

PRECISATO che, in ottemperanza al mandato suddetto, l'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo ha, nel frattempo, avviato *i lavori di ricognizione delle iniziative finora intraprese nella Regione Abruzzo a garanzia dei livelli essenziali di assistenza in materia di malattie rare*, e dell'attuale organizzazione delle rete regionale a ciò deputata;

PRESO ATTO che, con **Deliberazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo n. 65 del 7 settembre 2017** (cfr., **"Allegato F"**), è stato costituito il **Gruppo Tecnico Regionale** per le malattie rare, deputato, tra l'altro, all'*adeguamento della rete regionale* ai sensi del predetto **art. 64 D.P.C.M. 12 gennaio 2017**;

RICHIAMATO il **Decreto del Commissario ad Acta 21 luglio 2016 n. 79**, avente ad oggetto l'"*Approvazione documento tecnico "Riordino della rete ospedaliera" - Regione Abruzzo*", il quale, nel recepire il **punto 8.1.1. dell'Allegato 1 al D.M. 2 aprile 2015 n. 70**, ha previsto *la programmazione di altre reti per patologie* oltre a quello tempo dipendenti e, specificatamente, la rete medicine specialistiche, la rete oncologica, la rete pediatrica, la rete trapiantologica, la rete del dolore e *la rete delle malattie rare*;

EVIDENZIATO che l'**art. 2, comma 2, D.M. 18 maggio 2001, n. 279** prevede che i presidi della rete delle malattie rare siano individuati tra quelli in possesso di:

- *documentata esperienza in attività diagnostica o terapeutica* specifica per le malattie o per i gruppi di malattie rare;
- *idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari*;
- *servizi per l'emergenza e per la diagnostica biochimica e genetico-molecolare*, per le malattie che lo richiedono;

RITENUTO di dover rinviare, in attesa del completamento dei lavori del suddetto **Gruppo Tecnico Regionale** coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo e formalizzato con **Deliberazione del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo n. 65 del 7 settembre 2017** (cfr., **"Allegato F"**), a *successivo e specifico provvedimento giuntale avente ad oggetto l'adeguamento della Rete Regionale delle Malattie Rare*;

RITENUTO, nelle more dell'adeguamento della rete regionale delle malattie rare, così come convenuto nel corso della **riunione tenutasi presso l'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo in data 12 settembre 2017** (cfr., **"Allegato G"**), di procedere nel seguente modo:

- **i Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL.** della Regione Abruzzo devono presentare *una proposta avente ad oggetto l'individuazione dei Presidi Ospedalieri aziendali in materia di malattie rare e delle relative Unità Operative in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa vigente in materia, per ciascuna malattia o gruppo di patologie rare*, dandone comunicazione al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare ed all'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo;
- **l'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo**, previo parere del Gruppo Tecnico formalizzato con propria deliberazione n. 65 del 7 settembre 2017, *valuta le predette proposte*;
- l'esito di tale valutazione deve essere recepito in *un* **apposito provvedimento giuntale** *avente ad oggetto l'adeguamento della rete regionale delle malattie rare* in conformità all'**Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**;
- nelle **more dell'entrata in vigore del provvedimento giuntale** di cui al punto precedente, *resta vigente l'attuale rete regionale delle malattie rare ed i relativi certificatori indicati dalle AA.SS.LL*;

EVIDENZIATO che, con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità, l'**art. 59 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** prevede:

- *l'esclusione dalla partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela*

della maternità indicate dal medesimo **art. 59 D.P.C.M. 12 gennaio 2017** e dagli **Allegati 10A e 10 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, i compresi i consultori familiari;

- *l'esclusione, nelle specifiche condizioni di rischio fetale* indicate dall'**Allegato 10C al D.P.C.M. 1 gennaio 2017**, dalla partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie e appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialist
- *l'abrogazione* del **D.M. (Sanità) 10 settembre 1998**;

PRESO ATTO che *la nuova disciplina prevista per la tutela della gravidanza e della maternità risul attualmente in parte inapplicabile*, in quanto comprende prestazioni di assistenza specialistica ambulatoria con codici identificativi che entreranno in vigore successivamente alla data di pubblicazione di un successiv decreto del Ministro della Salute emanato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per l definizione delle relative tariffe massime;

RITENUTO, pertanto, nelle more della piena vigenza del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, *di considerare erogabi le prestazioni che attualmente sono comprese nelle previsioni tariffarie attualmente vigenti, in associazione c codici di esenzione fino ad ora utilizzati*;

PRESO ATTO che, con riferimento all'*assistenza protesica, le disposizioni in materia di erogazione d dispositivi protesici* inclusi nell'**Elenco 1 di cui all'art. 17, comma 3, lett. a) D.P.C.M. 12 gennaio 201** *entreranno in vigore dalla data di pubblicazione di un successivo decreto del Ministro della Salute*, emanato c concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la definizione delle tariffe massime dell prestazioni previste dalle medesime disposizioni;

VISTI l'**art. 13, comma 1, D.P.C.M. 12 gennaio 2017** e l'**Allegato 3 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, *in materi di erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare*;

VISTO l'**art. 18, comma 1, lett. h), D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, *in materia di prestazioni di assistenz protesica*;

RAVVISATA la necessità, con particolare riferimento all'**art. 17, comma 3, D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, c fornire le seguenti indicazioni:

- **Dispositivi previsti nell'Elenco 1 dell'Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**: fino all'entrata i vigore del decreto ministeriale che definirà le nuove tariffe, *le Aziende UU.SS.LL. garantirann l'erogazione di dispositivi e prestazioni (con relative tariffe) contenuti nell'***Elenco 1 allegato al D.M 27 agosto 1999, n. 332**;
- **Dispositivi previsti negli Elenchi 2A e 2B dell'Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**: *per ta dispositivi viene mantenuto l'attuale regime*, in attesa dei tempi di predisposizione ed esiti dell procedure di evidenza pubblica;

RITENUTO di rinviare a successivi atti regionali:

- *l'adozione di ulteriori disposizioni in materia di assistenza protesica*, secondo quanto previsto agli **art 17, 18, 19 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e relativi allegati**;
- *l'adozione di disposizioni in materia di assistenza integrativa*, secondo quanto previsto agli **artt. 10, 11 12, 13, 14 D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e relativi allegati**;

PRECISATO che, nelle more delle suddette disposizioni, *l'assistenza integrativa e l'assistenza protesic vengono garantite nelle modalità attualmente in essere*;

RITENUTO di demandare a successivi provvedimenti:



- *l'attuazione delle disposizioni ad oggi non ancora regolamentate a livello nazionale;*
- *l'approvazione di eventuali ulteriori disposizioni relative al recepimento dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza;*

RITENUTO di demandare al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare l'adozione di ulteriori indicazioni applicative di dettaglio rispetto ai necessari adeguamenti delle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

RITENUTO necessario trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza;

RITENUTO, altresì, di demandare al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare la notificazione del presente provvedimento:

a. all'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo;
b. alle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo;
c. all'Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica (A.R.I.T.);

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.A.T. e sul sito istituzionale della Regione Abruzzo (www.regione.abruzzo.it);

DATO ATTO che:

- il Dirigente del Servizio Programmazione Socio-Sanitaria, competente nella materia trattata dal presente provvedimento, ha espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico amministrativa dello stesso, apponendovi la propria firma in calce;
- il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apponendo la sua firma sul presente provvedimento, sulla base del parere favorevole di cui al precedente punto, ha attestato che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;

A VOTI UNANIMI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

D E L I B E R A

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

1. **DI APPROVARE** le seguenti prime disposizioni attuative del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

2. **DI PRECISARE** che la disposizione di cui al punto 1) è da considerarsi concreta applicazione al **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, salvaguardando, nel contempo, il diritto all'esenzione dei cittadini nelle more della piena vigenza dello stesso;
3. **DI RECEPIRE** l'**Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato A"**, parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, contenente *l'elenco delle malattie rare* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;

4. **DI RECEPIRE** l'**Allegato 8 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato B"**, parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, contenente *l'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;

5. **DI RECEPIRE** l'**Allegato 8-bis del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato C"**, parte integrante

e sostanziale al presente provvedimento, contenente *l'elenco delle malattie e condizioni croniche invalidanti* che danno diritto all'esenzione con i relativi nuovi codici di riferimento;

6. **DI RECEPIRE** l'**Allegato 5 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, quale **"Allegato D"**, parte integrante sostanziale al presente provvedimento, contenente *gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie d dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'art. 18, commi 2 e 3 D.P.C.M. 12 gennaio 2017, erogabili dal Servizio sanitario nazionale;*

7. **DI EVIDENZIARE** che l'**Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato A"**) e l'**Allegat 8-bis al D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato C"**) sono immediatamente efficaci;

8. **DI CONFERMARE** le indicazioni già contenute nella **Nota del Dipartimento Salute e Welfare Pro n. RA/0225276/17 del 31 agosto 2017** (cfr., **"Allegato E"**) e *finalizzate all'adeguamento del Sistem Informativo Sanitario Anagrafe Regionale gestito dall'Agenzia Regionale per l'Informatica e l Telematica (A.R.I.T.)*, nonché dei gestionali ed archivi anagrafici delle Aziende UU.SS.LL. regionali, a nuovi codici di esenzione da attribuire ai sensi del suddetto **Allegato 7 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**;

9. **DI RINVIARE** all'esito dei lavori del **Gruppo Tecnico Regionale** costituito presso l'Agenzia Sanitari Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo e formalizzato con **Deliberazione dell'Agenzia Sanitaria Regional (A.S.R.) dell'Abruzzo n. 65 del 7 settembre 2017** (cfr., **Allegato "F"**) l'adozione di *uno specific provvedimento giuntale avente ad oggetto l'adeguamento della Rete regionale delle Malattie Rare*;

10. **DI STABILIRE**, nelle more dell'adeguamento della rete regionale delle malattie rare, così com convenuto nel **corso della riunione tenutasi presso l'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R. dell'Abruzzo in data 12 settembre 2017** (cfr., **"Allegato G"**), di procedere nel seguente modo:
    a. *i Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL.* della Regione Abruzzo devono presentare una propost avente ad oggetto *l'individuazione dei Presidi Ospedalieri aziendali in materia di malattie rare delle relative Unità Operative in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa vigente in materi per ciascuna malattia o gruppo di patologie rare*, dandone comunicazione al Servizi Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare ed all'Agenzia Sanitari Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo;
    b. *l'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo*, previo parere del **Gruppo Tecnic formalizzato con propria Deliberazione n. 65 del 7 settembre 2017, valuta le predette proposte**
    c. l'esito di tale valutazione deve essere recepito *in un apposito provvedimento giuntale avente a oggetto l'adeguamento della rete regionale delle malattie rare* in conformità all'**Allegato 7 a D.P.C.M. 12 gennaio 2017** (cfr., **"Allegato "A"**);
    d. nelle more dell'entrata in vigore del provvedimento giuntale di cui al punto precedente, *resta vigent l'attuale rete regionale delle malattie rare ed i relativi certificatori indicati dalle AA.SS.LL.*;

11. **DI PRECISARE** che, con riferimento all'*assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stat di gravidanza e a tutela della maternità*, nelle more della piena vigenza del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** *sono erogabili le prestazioni che attualmente sono comprese nelle previsioni tariffarie attualment vigenti*, in associazione ai codici di esenzione fino ad ora utilizzati;

12. **DI PRECISARE** che, *con riferimento all'assistenza protesica*, in relazione all'**art. 17, comma 3 D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, si forniscono le seguenti indicazioni:
    a. **Dispositivi previsti nell'Elenco 1 dell'Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**: fino all'entrata i vigore del decreto ministeriale che definirà le nuove tariffe, *le Aziende UU.SS.LL. garantiranno l'erogazione di dispositivi e prestazioni (con relative tariffe) contenuti nell'***Elenco 1 allegato a D.M. 27 agosto 1999, n. 332;**
    b. **Dispositivi previsti nell'Elenchi 2A e 2B dell'Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017**: *per tali*

dispositivi viene mantenuto l'attuale regime, in attesa dei tempi di predisposizione ed esiti delle gare;

13. **DI RINVIARE** a successivi atti regionali:
    a. *l'adozione di ulteriori disposizioni in materia di assistenza protesica*, secondo quanto previsto dagli **artt. 17, 18, 19, D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e relativi allegati**;
    b. *l'adozione di disposizioni in materia di assistenza integrativa*, secondo quanto previsto dagli **artt. 10, 11, 12, 13, 14, D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e relativi allegati**;

14. **DI PRECISARE** che, nelle more delle disposizioni di cui al punto 13), *l'assistenza integrativa e l'assistenza protesica vengono garantite nel rispetto delle modalità attualmente in essere*;

15. **DI DEMANDARE** a successivi provvedimenti:
    a. *l'attuazione delle disposizioni ad oggi non ancora regolamentate a livello nazionale*;
    b. *l'approvazione di ulteriori disposizioni relative al recepimento dei nuovi L.E.A.*;

16. **DI DEMANDARE** al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare l'adozione di ulteriori indicazione applicative di dettaglio rispetto ai necessari adeguamenti delle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

17. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza;

18. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, il quale è tenuto, a sua volta, a notificarlo:
    a. all'Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.) dell'Abruzzo;
    b. alle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo;
    c. all'Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica (A.R.I.T.);

19. **DI DISPORRE** la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.A.T. e sul sito istituzionale della Regione Abruzzo (www.regione.abruzzo.it);

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salu

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

UFFICIO GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L' Estensore
Dott.ssa Virginia Vitullo
(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio
Dott.ssa Virginia Vitullo
(firma)

Il Dirigente del Servizio
Dott. Germano De Sanctis
(firma)

Il Direttore Regionale
Dott. Angelo Muraglia
(firma)

Il Componente la Giunta
Dott. Silvio Paolucci
(firma)

==========

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta
F.to Avv. Daniela Valenza
(firma)

Il Presidente della Giunta
F.to Giovanni Lolli
(firma)

Copia conforme per uso amministrativo

L'Aquila, lì _____

Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta
LUCIANO BADIA
(firma)

ALLEGATO come parte integrante alla delibera-
zione n. 521 del 26 SET. 2017
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniela Valenza)
LUCIANO BADIA

ALL. A

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

1. MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RA0010	HANSEN, MALATTIA DI		
RA0020	WHIPPLE, MALATTIA DI		*LIPODISTROFIA INTESTINALE*
RA0030	LYME, MALATTIA DI		

2. TUMORI

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
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		*LINFOANGIOLEIOMATOSI POLMONARE*
RB0070	SINDROME DEL NEVO BASOCELLULARE		*GORLIN-GOLTZ, SINDROME DI*
RBG010	NEUROFIBROMATOSI		
RBG020	COMPLESSO CARNEY		
RBG021	CANCRO NON POLIPOSICO EREDITARIO DEL COLON	LYNCH, SINDROME DI	
RB0071	MELANOMA CUTANEO FAMILIARE E/O MULTIPLO		

3. MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RC0010	DEFICIENZA DI ACTH		
RC0020	KALLMANN, SINDROME DI		IPOGONADISMO CON ANOSMIA
RCG010	IPERALDOSTERONISMI PRIMITIVI	CONN, SINDROME DI	
		IPERALDOSTERONISMO PRIMITIVO DA IPERPLASIA SURRENALE	
RCG020	SINDROMI ADRENOGENITALI CONGENITE		IPERPLASIA ADRENALICA CONGENITA
RC0021	DEFICIT CONGENITO ISOLATO DI GH		

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

RC0022	IPOGONADISMO IPOGONADOTROPO CONGENITO		
RCG030	POLIENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI	SCHMIDT, SINDROME DI	
RCG031	SINDROMI DA RESISTENZA ALL'ORMONE DELLA CRESCITA	LARON, SINDROME DI	RESISTENZA RECETTORIALE CONGENITA ALL'ORMONE DELLA CRESCITA
RC0040	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA *(ESENZIONE DI DURATA PARI A 5 ANNI, RINNOVABILE)*		
RC0050	LEPRECALINISMO		DONOHUE, SINDROME DI
RC0300	KENNY-CAFFEY, SINDROME DI		
RC0280	REFETOFF, SINDROME DI		RESISTENZA CONGENITA AGLI ORMONI TIROIDEI
RF0400	PENDRED, SINDROME DI		
RCG162	SINDROMI DA NEOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE	SINDROME MEN, TIPO 1	
		SINDROME MEN, TIPO 2A	
		SINDROME MEN, TIPO 2B	

4. MALATTIE DEL METABOLISMO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RCG040	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	FENILCHETONURIA/IPERFENILALANINEMIA	
		TIROSINEMIA	
		ISTIDINEMIA	
		ALCAPTONURIA	MALATTIA DELLE URINE A SCIROPPO DI ACERO
		LEUCINOSI	
		IPERVALINEMIA	
		METILMALONICO ACIDURIA	
		GLUTARICO ACIDURIA	
		ALTRE ACIDEMIE/ACIDURIE ORGANICHE PRIMITIVE DA DIFETTO DEL METABOLISMO DEGLI AMINOACIDI A CATENA RAMIFICATA	
		OMOCISTINURIA	
		SINDROME DA MALASSORBIMENTO DI METIONINA	
		IPERORNITINEMIA	
		IPERORNITINEMIA-IPERAMMONIEMIA-OMOCITRULLINURIA	SINDROME HHH
		IPERGLICINÉMIA NON CHETOTICA	
		IPERPROLINEMIA	
		ALBINISMO	
		HARTNUP, MALATTIA DI	
		CISTINURIA	
		INTOLLERANZA ALLE PROTEINE CON LISINURIA	
		CISTINOSI	
RCG050	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL CICLO DELL'UREA E IPERAMMONIEMIE EREDITARIE	CITRULLINEMIA	
		DEFICIT DI ORNITINA CARBAMOILTRANSFERASI (OCT)	
		ARGININSUCCINICO ACIDURIA	
		DEFICIT DI N-ACETILGLUTAMMATO SINTETASI (NAGS)	
		DEFICIT DI CARBAMMIL-FOSFATO SINTETASI	
		ARGININEMIA	
RCG060	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI ESCLUSO: DIABETE MELLITO	GLICOGENOSI	
		GALATTOSEMIA	
		INTOLLERANZA EREDITARIA AL FRUTTOSIO	
		DEFICIT DI FRUTTOSIO-1,6-BISFOSFATASI	
		DEFICIT CONGENITO DI LATTASI	
		DIFETTI DEL TRASPORTO DEL GLUCOSIO	
		DIFETTO CONGENITO DI SACCARASI-ISOMALTASI	
		MALATTIA DA CORPI DI POLIGLUCOSANO	



RCG061	IPERINSULINISMI CONGENITI	IPERINSULINISMO CONGENITO DA DEFICIT DI GLUCOCHINASI
RCG070	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE *(Esclusa: 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 DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA IPOBETALIPOPROTEINEMIA ABETALIPOPROTEINEMIA TANGIER, MALATTIA DI DEFICIT DI LECITINCOLESTEROLO ACILTRANSFERASI IPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIARE
RCG071	DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEL COLESTEROLO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	
	SMITH-LEMLI-OPITZ, SINDROME DI (codice RN1200)	
	CONRADI-HUNERMANN-HAPPLE, SINDROME DI (codice RNG050)	
RCG072	DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEGLI ACIDI BILIARI	XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA DEFICIT DI CoA LIGASI DEGLI ACIDI BILIARI
RCG073	DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI DEI FOSFOLIPIDI E DEI GLICOSFINGOLIPIDI	SINDROME PHARC
RCD080	LIPODISTROFIA TOTALE	
RCD090	DERCUM, MALATTIA DI	
RCG084	MALATTIE PEROSSISOMIALI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	
	ADRENOLEUCODISTROFIA (codice RF0120)	ADRENOLEUCODISTROFIA NEONATALE ADRENOLEUCODISTROFIA X-LINKED
	ZELLWEGER, SINDROME DI (codice RN1760)	CONDRODISPLASIA PUNCTATA RIZOMELICA ACIDEMIA PIPECOLICA
	REFSUM MALATTIA DI (codice RFG060)	
RCG085	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEI NEUROTRASMETTITORI 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
RCD160	IPOFOSFATASIA	
RCD230	CALCINOSI TUMORALE	

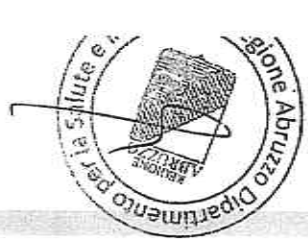
BASSEN-KORNZWEIG, SINDROME DI
DEFICIT FAMILIARE DI ALFALIPOPROTEINA

DEFICIT DI STEROLO 27-IDROSSILASI

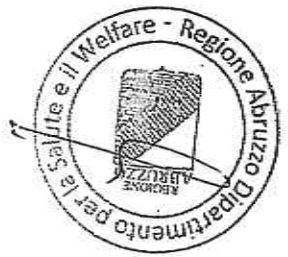
ADIPOSI DOLOROSA

EREDOPATIA ATATTICA POLINEUROPATIFORME

FOSFOETILAMMINURIA



DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO ENERGETICO MITOCONDRIALE			
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 CORTA (SCAD) DEFICIT DI ACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA MEDIA (MCAD) DEFICIT DI 3-IDROSSIACIL-CoA DEIDROGENASI DEGLI ACIDI GRASSI A CATENA LUNGA 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 (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)**		
	SINDROME MELAS (codice RN0710)		*MIOPATIA MITOCONDRIALE -ENCEFALOPATIA-ACIDOSI LATTICA -ICTUS*
	SINDROME MERRF (codice RN0720)		*EPILESSIA MIOCLONICA E FIBRE ROSSE IRREGOLARI*
	ATROFIA OTTICA DI LEBER (codice RF0300) PEARSON, SINDROME DI (codice RN1600) ALPERS, MALATTIA DI (codice RF0010) KEARNS-SAYRE, SINDROME DI (codice RF0020)		
RCG081	**DIFETTI DELLA FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA MITOCONDRIALE DA ALTERAZIONI DEL DNA NUCLEARE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)**		
	LEIGH, MALATTIA DI (codice RF0030)		
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	
MALATTIE DA ACCUMULO LISOSOMIALE			
RCG080	**DIFETTI DA ACCUMULO DI LIPIDI**	FABRY, MALATTIA DI GAUCHER, MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO A, B, MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO C, MALATTIA DI	
RCG140	**MUCOPOLISACCARIDOSI**	HURLER, SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI I-H*
		SCHEIE, SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI I-S*
		HUNTER , SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI II*
		SANFILIPPO, SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI III*
		MORQUIO, MALATTIA DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI IV*
		MAROTEAUX-LAMY, SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI VI*
		SLY, SINDROME DI	*MUCOPOLISACCARIDOSI VII*
RCG090	**MUCOLIPIDOSI**	MUCOLIPIDOSI TIPO II	
		MUCOLIPIDOSI TIPO III	
		MUCOLIPIDOSI TIPO IV	
RCG091	**OLIGOSACCARIDOSI**	ALFA-MANNOSIDOSI	
		BETA-MANNOSIDOSI	
		FUCOSIDOSI	
		MALATTIA DA ACCUMULO DI ACIDO SIALICO	*MALATTIA DI SALLA*
		SIALIDOSI	
		SCHINDLER, MALATTIA DI	*DEFICIT DI ALFA-N-ACETILGALATTOSAMINIDASI*
		GALATTOSIALIDOSI	



RFG030	GANGLIOSIDOSI		
RFG020	CEROIDOLIPOFUSCINOSI	BATTEN, MALATTIA DI KUFS, MALATTIA DI	
RCG180	ALTRE MALATTIE DA ACCUMULO LISOSOMIALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi) KRABBE, MALATTIA DI (codice RFG010) LEUCODISTROFIA METACROMATICA (codice RFG010) FARBER, MALATTIA DI (codice RC0100)	AUSTIN, SINDROME DI WOLMAN, MALATTIA DI	*DEFICIENZA DI CERAMIDASI*
DIFETTI CONGENITI DELL'ASSORBIMENTO E DEL TRASPORTO DI VITAMINE E COFATTORI NON PROTEICI			
RCG092	DIFETTI CONGENITI RESPONSIVI ALLA BIOTINA	DEFICIT CONGENITO DI BIOTINIDASI	
RCG093	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLA COBALAMINA E DEL FOLATO	DEFICIT CONGENITO DI COBALAMINA C	
RCG094	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLA VITAMINA D (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi) RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE (codice RC0170)	RACHITISMO VITAMINA D DIPENDENTE TIPO I	
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	
DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DI METALLI			
RCG100	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi) ACERULOPLASMINEMIA CONGENITA (codice RC0120) ATRANSFERRINEMIA CONGENITA (codice RC0130)	EMOCROMATOSI EREDITARIA SINDROME IPERFERRITINEMIA-CATARATTA CONGENITA	*EMOCROMATOSI FAMILIARE*
RCG101	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLO ZINCO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi) DEFICIENZA CONGENITA DI ZINCO (codice RC0070)		*ACRODERMATITE ENTEROPATICA*
RCG102	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL RAME (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi) WILSON, MALATTIA DI (codice RC0150)	MENKES, SINDROME DI	*MALATTIA DEI CAPELLI CRESPI* *DEGENERAZIONE LENTICOLARE FAMILIARE; DEGENERAZIONE PUTAMINALE FAMILIARE; DEGENERAZIONE EPATOCEREBRALE*
RCG103	ALTRI DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DI METALLI	IPOMAGNESEMIA PRIMITIVA AUTOSOMICA DOMINANTE CON IPOCALCIURIA IPERMANGANESEMIA ISOLATA AUTOSOMICO RECESSIVA	
DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLE PROTEINE			
RCG190	DIFETTI CONGENITI DELLA GLICOSILAZIONE PROTEICA (CDGS)		
RCG130	AMILOIDOSI SISTEMICHE		
RC0180	CRIGLER-NAJJAR, SINDROME DI		



5. MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RC0150	ANGIOEDEMA EREDITARIO		*EDEMA ANGIONEUROTICO EREDITARIO*
RC0151	ANGIOEDEMA ACQUISITO DA DEFICIT DI C1 INIBITORE		
RC0200	CARENZA CONGENITA DI ALFA-1-ANTITRIPSINA		
RCG150	ISTIOCITOSI CRONICHE	ISTIOCITOSI A CELLULE DI LANGERHANS	
RCG160	IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	AGAMMAGLOBULINEMIA	
		DIGEORGE, SINDROME DI *(ESCLUSI TUTTI GLI ALTRI SOGGETTI CON FENOTIPO DA DELEZIONE 22q11.2 , DA CERTIFICARE CON CODICE RNG090)*	
		NIJMEGEN, SINDROME DI	
RCG161	SINDROMI AUTOINFIAMMATORIE EREDITARIE/FAMILIARI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
		FEBBRE PERIODICA EREDITARIA	
	FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (codice RC0241)	SINDROME CINCA	
	SINDROME TRAPS (codice RC0243)	SINDROME DA IPER IgD	
RC0220	SINDROME DA ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI (FORMA PRIMITIVA)		
RC0290	SCHNITZLER, SINDROME DI		*ORTICARIA CRONICA CON MACROGLOBULINEMIA*

6. MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RDG010	ANEMIE EREDITARIE *(ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI)*	SFEROCITOSI EREDITARIA	
		TALASSEMIE (ESCLUSO: TALASSEMIE MINORI)	
		ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI	
		BLACKFAN-DIAMOND, ANEMIA DI	*ANEMIA CONGENITA IPOPLASTICA*
		FANCONI, ANEMIA DI	*PANCITOPENIA DI FANCONI*
		ANEMIE SIDEROBLASTICHE	
		METAEMOGLOBINEMIA DA DEFICIT DI METAEMOGLOBINAREDUTTASI	*METAEMOGLOBINEMIA CONGENITA EREDITARIA*
RD0010	SINDROME EMOLITICO UREMICA		
RD0020	EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA		*MARCHIAFAVA-MICHELI, MALATTIA DI*
RDG020	DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	EMOFILIA A	
		EMOFILIA B	
		VON WILLEBRAND, MALATTIA DI	
		DEFICIENZA CONGENITA DI ALTRI FATTORI 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 MUTAZIONE C677T DEL GENE MTHFR)*	
RDG030	PIASTRINOPATIE EREDITARIE	BERNARD-SOULIER, SINDROME DI	
		DIFETTI DEL POOL DI DEPOSITO DELLE PIASTRINE	
		TROMBOASTENIA DI GLANZMANN	
RDG031	PIASTRINOPATIE AUTOIMMUNI PRIMARIE CRONICHE		

Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento Per la

RDG040	TROMBOCITOPENIE EREDITARIE	IPOPLASIA MEGACARIOCITICA IDIOPATICA	
RDG050	SINDROMI MIELODISPLASTICHE		
RD0050	MALATTIA GRANULOMATOSA CRONICA		*DISFAGOCITOSI CRONICA*
RD0060	CHEDIAK-HIGASHI, MALATTIA DI		
RD0070	ANEMIE APLASTICHE ACQUISITE *(ESCLUSO: FORME MIDOLLARI APLASTICHE TRANSITORIE)*		
RD0080	SHWACHMAN-DIAMOND, SINDROME DI		
RDG051	NEUTROPENIE CONGENITE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	NEUTROPENIA CRONICA IDIOPATICA GRAVE	
	NEUTROPENIA CICLICA (codice RD0040)		
RD0081	MASTOCITOSI SISTEMICA		

7. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RFG010	LEUCODISTROFIE	AICARDI-GOUTIERES, SINDROME DI	
		ALEXANDER, MALATTIA DI	
		CANAVAN, MALATTIA DI	
		PELIZAEUS-MERZBACHER, MALATTIA DI	
		SINDROME CACH	*ATASSIA INFANTILE CON IPOMIELINIZZAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE*
			LEUCOENCEFALOPATIA CON SOSTANZA BIANCA EVANESCENTE (VANISHING WHITE MATTER)
		NASU-HAKOLA, SINDROME DI	*OSTEODISPLASIA LIPOMEMBRANOSA POLICISTICA CON LEUCOENCEFALOPATIA SCLEROSANTE*
RF0040	RETT, SINDROME DI		
RF0050	ATROFIA DENTATORUBRO-PALLIDOLUYSIANA		
RF0060	EPILESSIA MIOCLONICA PROGRESSIVA		
RF0061	DRAVET, SINDROME DI		
RF0070	MIOCLONO ESSENZIALE EREDITARIO		
RN1520	LANDAU-KLEFFNER, SINDROME DI		
RF0080	COREA DI HUNTINGTON		
RFG040	MALATTIE SPINOCEREBELLARI	ATASSIA DI FRIEDREICH	
		PARAPLEGIA SPASTICA EREDITARIA	*STRUMPELL-LORRAIN, MALATTIA DI*
		ATASSIA CEREBELLARE EREDITARIA DI MARIE	*DEGENERAZIONE CEREBELLARE DI MARIE*
		DEGENERAZIONE CEREBELLARE SUBACUTA	
		DEGENERAZIONE PARENCHIMATOSA CORTICALE CEREBELLARE	
		DEGENERAZIONE SPINOCEREBELLARE DI HOLMES	*ATROFIA CEREBELLO OLIVARE*
		DISSINERGIA CEREBELLARE MIOCLONICA DI HUNT	*ATROFIA SPINODENTATA*
		ATASSIA PERIODICA	*ATASSIA VESTIBULOCEREBELLARE*
		MARINESCO-SJÖGREN, SINDROME DI	
		ATASSIA FRIEDREICH-LIKE	*DEFICIENZA FAMILIARE DI VITAMINA E*
		ATASSIA-TELEANGECTASIA	*LOUIS-BAR, SINDROME DI*
		SINDROME CON TREMORE/ATASSIA ASSOCIATE ALL'X FRAGILE	
RN1490	ISAACS, SINDROME DI		
RF0081	ATROFIA MULTISISTEMICA		
RFG041	NEURODEGENERAZIONE CON ACCUMULO CEREBRALE DI FERRO	NEURODEGENERAZIONE ASSOCIATA A PANTOTENATO CHINASI (PKAN)	
		DISTROFIA NEUROASSONALE INFANTILE	*SEITELBERG, MALATTIA DI*
RFG050	ATROFIE MUSCOLARI SPINALI	WERDNIG-HOFFMANN, MALATTIA DI	
		KUGELBERG-WELANDER, MALATTIA DI	
		KENNEDY, MALATTIA DI	

Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento Salute

RF0100	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	
RF0110	SCLEROSI LATERALE PRIMARIA	
RF0111	SCHILDER, MALATTIA DI	
RF0130	LENNOX-GASTAUT, SINDROME DI	
RF0140	WEST, SINDROME DI	
RF0150	NARCOLESSIA	
RF0310	CADASIL	*ARTERIOPATIA CEREBRALE AUTOSOMICA DOMINANTE CON INFARTI SOTTOCORTICALI E LEUCOENCEFALOPATIA*
RF0350	EMICRANIA EMIPLEGICA FAMILIARE	
RF0360	EMIPLEGIA ALTERNANTE	
RF0370	FAHR, MALATTIA DI	*BROWN-VIALETTO-VAN LAERE, SINDROME DI*
RF0380	MALATTIA DA INCLUSIONI INTRANUCLEARI NEURONALI	
RF0390	PARALISI BULBARE PROGRESSIVA CON SORDITA' NEUROSENSORIALE	
RF0410	SIRINGOMIELIA-SIRINGOBULBIA *(LIMITATAMENTE ALLE FORME ANATOMICAMENTE E/O CLINICAMENTE RILEVANTI)*	
RF0411	SINDROME DELLA PERSONA RIGIDA	*SINDROME STIFF-PERSON; MOERSCH-WOLTMAN, SINDROME DI*
RF0160	MELKERSSON-ROSENTHAL, SINDROME DI	
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	*NEUROPATIA EREDITARIA SENSITIVO-MOTORIA DI TIPO III*
	DEJERINE-SOTTAS, SINDROME DI	
	NEUROPATIA CONGENITA IPOMIELINIZZANTE	*ATROFIA MUSCOLARE PERONEALE*
	CHARCOT-MARIE-TOOTH, MALATTIA DI	*POLINEUROPATIA RICORRENTE FAMILIARE;*
	NEUROPATIA EREDITARIA CON PREDISPOSIZIONE ALLE PARALISI DA COMPRESSIONE	*NEUROPATIA TOMACULARE*
	NEUROPATIA SENSORIALE EREDITARIA	
	NEUROPATIA ASSONALE GIGANTE	
	ROSENBERG-CHUTORIAN, SINDROME DI	
	ROUSSY-LEVY, SINDROME DI	*RILEY-DAY, SINDROME DI*
	NEUROPATIA EREDITARIA SENSORIALE ED AUTONOMICA TIPO 3	*STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI, SINDROME DI*
RF0170	PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA	
RF0180	POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	
RF0181	NEUROPATIA MOTORIA MULTIFOCALE	
RF0182	LEWIS SUMNER, SINDROME DI	
RN1610	SINDROME POEMS	
RFG070	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE	
	MIOPATIA CENTRAL CORE	
	MIOPATIA CENTRONUCLEARE	
	MIOPATIA DA DIFETTI QUALITATIVI/QUANTITATIVI DELLA DESMINA	
	MIOPATIA NEMALINICA	
RFG080	DISTROFIE MUSCOLARI	
	DISTROFIA MUSCOLARE DI BECKER	
	DISTROFIA MUSCOLARE DI DUCHENNE	
	DISTROFIA MUSCOLARE DI ERB	
	DISTROFIA MUSCOLARE DI LANDOUZY-DEJERINE	
	DISTROFIA MUSCOLARE OCULO-GASTRO-INTESTINALE	
	STEINERT, MALATTIA DI	
RFG090	DISTROFIE MIOTONICHE	
	THOMSEN, MALATTIA DI	
	VON EULENBURG, MALATTIA DI	
RFG100	PARALISI NORMOKALIEMICHE, IPO E IPERKALIEMICHE	



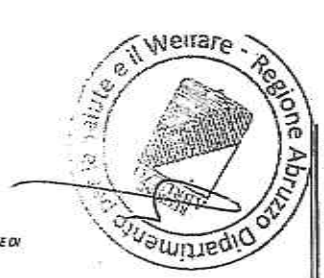
RFG160	**DISTONIE PRIMARIE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)** DISTONIA DI TORSIONE IDIOPATICA (codice RF0090)	
RF0183	GUILLAIN-BARRÉ, SINDROME DI *(LIMITATAMENTE ALLE FORME CRONICHE, GRAVI ED INVALIDANTI)*	
RFG101	**SINDROMI MIASTENICHE CONGENITE E DISIMMUNI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)** EATON-LAMBERT, SINDROME DI (codice RF0190)	MIASTENIA GRAVIS

8. MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RF0200	VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE		*CRISWICK-SCHEPENS, SINDROME DI*
RF0201	COATS, MALATTIA DI		
RF0210	EALES, MALATTIA DI		
RF0220	BEHR, SINDROME DI		
RFG110	DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE	DISTROFIA VITREO-RETINICA	*RETINOSCHISI GIOVANILE*
		RETINITE PIGMENTOSA	*DISTROFIA PIGMENTOSA RETINICA*
		RETINITE PUNCTATA ALBESCENS	*FUNDUS ALBIPUNCTATUS*
		DISTROFIA DEI CONI	
		STARGARDT, MALATTIA DI	
		AMAUROSI CONGENITA DI LEBER	
		DISTROFIA VITELLIFORME DI BEST	*FUNDUS FLAVIMACULATUS*
		DISTROFIA IALINA DELLA RETINA	*GOLDMANN-FAVRE, MALATTIA DI*
RFG120	DISTROFIE EREDITARIE DELLA COROIDE		
RF0230	IRIDOCICLITE ETEROCROMICA DI FUCHS		
RF0240	ATROFIA ESSENZIALE DELL'IRIDE		
RF0250	EMERALOPIA CONGENITA		
RF0260	OGUCHI, SINDROME DI		
RF0270	COGAN, SINDROME DI		
RFG130	DEGENERAZIONI DELLA CORNEA	DEGENERAZIONE NODULARE	*DEGENERAZIONE NODULARE DI SALZMANN*
		DEGENERAZIONE MARGINALE	*TERRIEN, SINDROME DI*
RFG140	DISTROFIE EREDITARIE DELLA CORNEA	MEESMANN, DISTROFIA DI	*DISTROFIA CORNEALE EPITELIALE GIOVANILE*
		COGAN, DISTROFIA DI	*DISTROFIA CORNEALE ANTERIORE*
		DISTROFIA CORNEALE GRANULARE DI TIPO I	*DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW DI TIPO I*
		DISTROFIA CORNEALE GRANULARE DI TIPO III	*DISTROFIA CORNEALE DI REIS-BÜCKLERS*
		DISTROFIA CORNEALE RETICOLARE	*DISTROFIA LATTICE; AMILOIDOSI CORNEALE*
		DISTROFIA CORNEALE MACULARE	*DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW TIPO II*
		DISTROFIE STROMALI DELLA CORNEA	
		CORNEA GUTTATA	
		DISTROFIA COMBINATA DELLA CORNEA	
		DISTROFIA ENDOTELIALE DI FUCHS	
		DISTROFIA CORNEALE ENDOTELIALE POSTERIORE POLIMORFA	
RF0280	CHERATOCONO		
RF0290	CONGIUNTIVITE LIGNEA		
RF0320	COROIDITE MULTIFOCALE		
RF0330	COROIDITE SERPIGINOSA		

9. MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RC0110	CRIOGLOBULINEMIA MISTA		
RC0210	BEHÇET, MALATTIA DI		
RG0010	ENDOCARDITE REUMATICA		
RG0020	POLIANGIOITE MICROSCOPICA		*POLIARTERITE MICROSCOPICA*



RG0030	POLIARTERITE NODOSA		
RG0050	GRANULOMATOSI EOSINOFILICA CON POLIANGITE		*CHURG-STRAUSS, SINDROME DI*
RG0060	GOODPASTURE, SINDROME DI		
RG0070	GRANULOMATOSI CON POLIANGITE		*GRANULOMATOSI DI WEGENER*
RG0080	ARTERITE A CELLULE GIGANTI		*HORTON, MALATTIA DI*
RGG010	MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE	PORPORA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA	*MOSCHCOWITZ, SINDROME DI*
RG0090	TAKAYASU, MALATTIA DI		
RG0100	TELEANGECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA		*RENDU-OSLER-WEBER, MALATTIA DI*
RG0110	BUDD-CHIARI, SINDROME DI		
RD0030	PORPORA DI HENOCH-SCHÖNLEIN RICORRENTE		*VASCULITE DA IgA*
RGG020	LINFEDEMI PRIMARI CRONICI	LINFEDEMA IDIOPATICO	
		LINFEDEMA EREDITARIO DI TIPO I LINFEDEMA PRIMITIVO AUTOSOMICO RECESSIVO	*LINFEDEMA DI NONNE-MILROY*
		LINFEDEMA EREDITARIO DI TIPO II	*LINFEDEMA DI MEIGE*

10. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RG0120	IPERTENSIONE POLMONARE ARTERIOSA IDIOPATICA		
RH0011	SARCOIDOSI *(ESENZIONE DA RICONFERMARE DOPO I PRIMI 12 MESI, SOLO PER LE FORME PERSISTENTI)*		
RHG010	MALATTIE INTERSTIZIALI POLMONARI PRIMITIVE	POLMONITE INTERSTIZIALE ACUTA	*HAMMAN-RICH, SINDROME DI*
		FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA	*ALVEOLITE FIBROSANTE CRIPTOGENETICA*
RHG011	SINDROMI GRAVI ED INVALIDANTI CON IPOVENTILAZIONE CENTRALE CONGENITA	ONDINE, SINDROME DI	
		SINDROME ROHHAD	
RH0020	EMOSIDEROSI POLMONARE IDIOPATICA		
RH0021	PROTEINOSI ALVEOLARE POLMONARE IDIOPATICA		
RH0022	PROTEINOSI ALVEOLARE POLMONARE CONGENITA		
RNG110	DISCINESIE CILIARI PRIMARIE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
	KARTAGENER, SINDROME DI (codice RN0950)		

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute

11. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RI0010	ACALASIA ISOLATA E ACALASIA ASSOCIATA A SINDROMI	ALLGROVE, SINDROME DI	
RI0020	GASTRITE IPERTROFICA GIGANTE		
RI0030	GASTROENTERITE EOSINOFILA		
RI0040	SINDROME DA PSEUDO-OSTRUZIONE INTESTINALE		
RI0050	COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE		
RI0070	MALATTIA DA INCLUSIONE DEI MICROVILLI		
RI0080	LINFANGECTASIA INTESTINALE PRIMITIVA		
RIG010	COLESTASI INTRAEPATICHE PROGRESSIVE FAMILIARI	BYLER, MALATTIA DI	
		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	*CLORIDORREA CONGENITA*

12. MALATTIE DELL'APPARATO GENITO - URINARIO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RJ0010	DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO		
RJ0020	FIBROSI RETROPERITONEALE		
RJ0030	CISTITE INTERSTIZIALE		
RJG010	TUBULOPATIE PRIMITIVE	DENT, SINDROME DI	
		BARTTER, SINDROME DI	
		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 AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RL0010	ERITROCHERATOLISI HIEMALIS		
RL0030	PEMFIGO		
RL0040	PEMFIGOIDE BOLLOSO		
RL0050	PEMFIGOIDE BENIGNO DELLE MUCOSE		
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		

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

RNG151	SINDROMI CON DISPLASIA ECTODERMICA (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	DISPLASIA NEURODECTODERMICA TIPO CHIME
		DISPLASIA ECTODERMICA IPOIDROTICA
	ECTRODATTILIA - DISPLASIA ECTODERMICA - PALATOSCHISI (codice RN0880)	*SINDROME EEC*
	DISCHERATOSI CONGENITA (codice RN0560)	
	IPOMELANOSI DI ITO (codice RN1480)	*GOLTZ, SINDROME DI*
	IPOPLASIA FOCALE DERMICA (codice RN0610)	*BLOCH-SULZBERGER, MALATTIA DI*
	INCONTINENTIA PIGMENTI (codice RN0510)	
	SINDROME TRICO-DENTO-OSSEA (codice RN1680)	
RNG070	ITTIOSI CONGENITE (*ESCLUSO: FORME NON GRAVI DI ITTIOSI VOLGARE*) (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	ITTIOSI CONGENITA
		ITTIOSI A ISTRICE, TIPO CURTH-MACKLIN
		ITTIOSI LAMELLARE RECESSIVA
		ITTIOSI TIPO "ARLECCHINO"
		ITTIOSI X-LINKED
		METHERTON, SINDROME DI
	IPERCHERATOSI EPIDERMOLITICA (codice RN0600)	*ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO BOLLOSO*
	SINDROME KID (codice RN1500)	*ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO NON BOLLOSO*
RN0500	CUTIS LAXA	*SINDROME CHERATITE-ITTIOSI-SORDITA'*
RNG130	CHERATODERMIE PALMOPLANTARI EREDITARIE	
RN0520	XERODERMA PIGMENTOSO	
RN0530	CHERATOSI FOLLICOLARE ACUMINATA	
RN0540	CUTE MARMORATA TELEANGECTASICA CONGENITA	
RN0550	DARIER, MALATTIA DI	*TOURAINE-SOLENTE-GOLE, SINDROME DI*
RN0570	EPIDERMOLISI BOLLOSA EREDITARIA	
RN0580	ERITROCHERATODERMIA SIMMETRICA PROGRESSIVA	
RN0590	ERITROCHERATODERMIA VARIABILE	
RN0620	PACHIDERMOPERIOSTOSI	
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	

Ministero della Salute e il welfare - Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute

14. MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI 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 AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE CON PREVALENTE ALTERAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO			
RN0010	ARNOLD-CHIARI, SINDROME DI		
RN0020	MICROCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA		
RN0030	AGENESIA CEREBELLARE		
RN0040	JOUBERT, SINDROME DI		
RN0050	LISSENCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA		
RN0060	OLOPROSENCEFALIA ISOLATA O SINDROMICA	HARTSFIELD-BIXLER-DEMYER, SINDROME DI	
RNG150	AGENESIA/DISGENESIA DEL CORPO CALLOSO IN FORMA ISOLATA O SINDROMICA	ANDERMANN, SINDROME DI	
		DANDY-WALKER, SINDROME DI	
RN1340	AASE-SMITH, SINDROME DI		
RN1570	NEUROACANTOCITOSI		
RN1630	SINDROME ACROCALLOSA		
RN1740	WALKER-WARBURG, SINDROME DI		
RNG011	ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON PREVALENTE ALTERAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO	SINDROME IDROLETALE	
		DISPLASIA CEREBRO-FACIO-TORACICA	
		TORIELLO-CAREY, SINDROME DI	
		BEN ARI-SHUPER-MIMOUNI, SINDROME DI	
		BONNEMANN-MEINECKE, SINDROME DI	*PORENCEFALIA-IPOPLASIA CEREBELLARE-MALFORMAZIONI MULTIPLE*
RQ0010	GERSTMANN, SINDROME DI		



SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE CON PREVALENTE ALTERAZIONE DELL'APPARATO VISIVO			
RFG150	ANOFTALMIA/MICROFTALMIA ISOLATE O SINDROMICHE	LENZ, SINDROME DI	
		SINDROME ANOFTALMIA PLUS	
RN0070	FOIX-CHAVANY-MARIE, SINDROME DI		
RN0090	AXENFELD-RIEGER, ANOMALIA DI		
RN1050	AXENFELD-RIEGER, SINDROME DI		
RN0100	PETERS, ANOMALIA DI		
RN0110	ANIRIDIA		
RNG101	COLOBOMA CONGENITO OCULARE ISOLATO O SINDROMICO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
		COLOBOMA CONGENITO DELL'IRIDE	
	COLOBOMA CONGENITO DEL DISCO OTTICO (codice RN0120)	COLOBOMA CONGENITO CORIORETINICO	
RN0130	ANOMALIA "MORNING-GLORY"		
RN0140	PERSISTENZA DELLA MEMBRANA PUPILLARE		
RN1580	NORRIE, MALATTIA DI		
RN1720	VOGT-KOYANAGI-HARADA, SINDROME DI		
RN0860	DISPLASIA SETTO-OTTICA		*DE MORSIER, SINDROME DI*
RN1460	FRASER, SINDROME DI		
RN1750	WEILL-MARCHESANI, SINDROME DI		
RNG111	ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON PREVALENTE INTERESSAMENTO DELL'APPARATO VISIVO	AICARDI, SINDROME DI	
		BARAITSER-WINTER, SINDROME DI	
		SINDROME CODAS	
		SINDROME CEREBRO-OCULO-NASALE	
		NANCE-HORAN, SINDROME DI	
ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA ISOLATE E SINDROMICHE			
RNG030	SINDROMI CON CRANIOSINOSTOSI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
		APERT, SINDROME DI	
	ACROCEFALOSINDATTILIA (codice RNG030)	GOODMAN, SINDROME DI	
	ANTLEY-BIXLER, SINDROME DI (codice RN0800)	SINDROME C	
	BALLER-GEROLD, SINDROME DI (codice RN0810)	HALLERMANN-STREIFF, SINDROME DI	
	CARPENTER, SINDROME DI (codice RN1390)	PIERRE ROBIN, SINDROME DI	
	PFEIFFER, SINDROME DI (codice RN1040)	TREACHER COLLINS, SINDROME DI	
	SUMMITT, SINDROME DI (codice RN1230)		
	CRANIOSINOSTOSI PRIMARIA (codice RNG040)		
	CROUZON, MALATTIA DI (codice RNG040)		
	DISOSTOSI MASCELLOFACCIALE (codice RNG040)		
	DISPLASIA FRONTO-FACIO-NASALE (codice RNG040)		
	DISPLASIA MASCELLONASALE (codice RNG040)		
	JACKSON-WEISS, SINDROME DI (codice RN0400)		*CRANIOSINOSTOSI-IPOPLASIA MEDIOFACCIALE-ANOMALIE DEI PIEDI*
RN1000	NAGER, SINDROME DI	DISOSTOSI ACROFACCIALE DI NAGER	
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	
MALFORMAZIONI CONGENITE CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE			
RNG121	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DELLA FACCIA COME SEGNO PRINCIPALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	MOHR, MALATTIA DI	
	GOLDENHAR, SINDROME DI (codice RN0910)	MOEBIUS, SINDROME DI	
	SINDROME CEFALOPOLISINDATTILIA DI GREIG (codice RN0390)	SCHINZEL-GIEDION, SINDROME DI	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

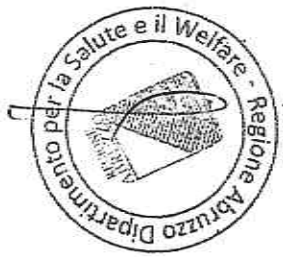
	SINDROME OTO-PALATO-DIGITALE (codice RN0470)		
		ORO-FACIO-DIGITALE, SINDROME DI TIPO I	PAPILLON-LEAGE E PSAUME, SINDROME DI
MALFORMAZIONI CONGENITE DEGLI ARTI ISOLATE E SINDROMICHE			
RN0260	FOCOMELIA		
RN0270	DEFORMITA' DI SPRENGEL		
RN0290	CAMPTODATTILIA FAMILIARE		
RN0430	POLAND, SINDROME DI		
RN0460	SINDROME FEMORO-FACCIALE		
RNG020	SINDROMI CON ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
	ROBERTS, SINDROME DI (codice RN1060)	MARDEN-WALKER, SINDROME DI	
		ARACNODATTILIA CONTRATTURALE CONGENITA	BEALS, SINDROME DI
	SINDROME TRISMA-PSEUDOCAMPTODATTILIA (codice RN0480)	CRISPONI, SINDROME DI	
	FREEMAN-SHELDON, SINDROME DI (codice RN0890)		
	SEQUENZA DA IPOCINESIA FETALE (codice RN1110)		SINDROME DI PENA-SHOKEIR DI TIPO I
	SINDROME DA PTERIGI MULTIPLI (codice RN1670)		
RNG131	ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON ALTERAZIONE DEGLI ARTI COME SEGNO PRINCIPALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	SINDROME RAPADILINO	
	SEQUENZA SIRENOMELICA (codice RN0440)		
	ADAMS-OLIVER, SINDROME DI (codice RN0340)		
	SINDROME TROMBOCITOPENICA CON APLASIA DEL RADIO (codice RN1690)		
MALFORMAZIONI CONGENITE DEL CUORE, DEI GRANDI VASI E DEI VASI PERIFERICI			
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 BOTALLO*)	SINDROME DEL CUORE SINISTRO IPOPLASICO	
		EBSTEIN, ANOMALIA DI	
		CUORE CRISS-CROSS	
RN0150	BLUE RUBBER BLEB NEVUS		BEAN, SINDROME DI
RN0740	IVEMARK, SINDROME DI		ASPLENIA CON ANOMALIE CARDIOVASCOLARI
RN1510	KLIPPEL-TRENAUNAY, SINDROME DI		
RNG142	ALTRE SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DEI VASI PERIFERICI	SINDROME CON MALFORMAZIONE DEI CAPILLARI E MALFORMAZIONE ARTEROVENOSA (CMAVM)	
		SINDROME CLOVE	
		SINDROME METAMERICA ARTEROVENOSA CEREBROFACCIALE	

MALFORMAZIONI CONGENITE DELLA PARETE ADDOMINALE ISOLATE E SINDROMICHE			
RN0310	KLIPPEL-FEIL SINDROME DI		
RN0320	GASTROSCHISI		
RN0321	SINDROME PRUNE BELLY		
RN0322	ONFALOCELE		
RNG132	ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELLA PARETE ADDOMINALE	SINDROME TORACO-ADDOMINALE	*PENTALOGIA DI CANTRELL*
MALFORMAZIONI CONGENITE DELL'APPARATO DIGERENTE ISOLATE E SINDROMICHE			
RK0190	MALFORMAZIONE ANO-RETTALE IN FORMA ISOLATA O SINDROMICA	CURRARINO, SINDROME DI	
RK0200	HIRSCHSPRUNG, MALATTIA DI		
RK0201	GOLDBERG-SHPRINTZEN, SINDROME DI		
RK0210	ATRESIA BILIARE		
RK0220	CAROLI, MALATTIA DI		
RK0230	MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO		
RNG251	DIFETTI CONGENITI DEL TUBO DIGERENTE: AGENESIA, ATRESIE, FISTOLE E DUPLICAZIONI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
	ATRESIA ESOFAGEA E/O FISTOLA TRACHEOESOFAGEA (codice RN0160)	ATRESIA ILEALE	
	ATRESIA DEL DIGIUNO (codice RN0170)	ATRESIA COLICA	
	ATRESIA O STENOSI DUODENALE (codice RN0180)	ATRESIA INTESTINALE MULTIPLA	
		CLOACA PERSISTENTE	
		DUPLICAZIONI DEL TUBO DIGERENTE	
		COMPLESSO OEIS	*ESTROFIA DELLA CLOACA*
RNG252	ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO DIGERENTE	MICROGASTRIA	
		IPOPLASIA/APLASIA DELLA MUSCOLATURA DELLA PARETE GASTRICA	
MALFORMAZIONI CONGENITE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO ISOLATE E SINDROMICHE			
RN0250	RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA		
RNG261	MALATTIA RENALE CISTICA GENETICA (*ESCLUSO RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE*) (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	SENIOR-LOKEN, SINDROME DI	*SINDROME RENALE-RETINICA; NEFRONOFTISI GIOVANILE CON AMAUROSI DI LEBER; DISPLASIA RENALE CON APLASIA RETINICA*
	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO RECESSIVO (codice RJ0040)		
	MECKEL, SINDROME DI (codice RN0980)		
RN1610	ESTROFIA VESCICALE		
RNG262	DIFETTI DELLO SVILUPPO SESSUALE CON AMBIGUITA' DEI GENITALI E/O DISCORDANZA CARIOTIPO/SVILUPPO GONADICO E/O FENOTIPO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)		
	PSEUDOERMAFRODITISMI (codice RNG010)	DISGENESIA GONADICA	
		PERRAULT, SINDROME DI	
		SINDROME DA INSENSIBILITA' PARZIALE AGLI ANDROGENI	*REIFENSTEIN, SINDROME DI*
	DENIS-DRASH, SINDROME DI (codice RN1430)		
	ERMAFRODITISMO VERO (codice RN0240)	SINDROME DA INSENSIBILITA' COMPLETA AGLI ANDROGENI	
RNG263	ALTRI DIFETTI GRAVI ED INVALIDANTI DELLO SVILUPPO SESSUALE CON AMBIGUITA' DEI GENITALI E/O DISCORDANZA CARIOTIPO/SVILUPPO GONADICO E/O FENOTIPO	FRASER, SINDROME DI	
		SINDROME SERIAL	
RNG264	ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	EPISPADIA	
		MEGALOURETRA	
		AFALLIA	

Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento della

MALATTIE GENETICHE DELLO SCHELETRO			
RNGZ71	**SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON DISOSTOSI COME SEGNO PREVALENTE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)**		
	ACRODISOSTOSI (codice RN0280)		
RN0300	SINDROME DA REGRESSIONE CAUDALE		
RNG050	CONDRODISTROFIE CONGENITE	ACONDROGENESI	
		ACONDROPLASIA	
		DISPLASIA EPIFISARIA EMIMELICA	
		DISTROFIA TORACICA ASFISSIANTE	
		OSTEOCONDROMI MULTIPLI	*ESOSTOSI MULTIPLE*
		DISPLASIA DI KNIEST	
		DISPLASIA METATROPICA	
		DISPLASIA CAMPOMELICA	
		DESBUQUOIS, SINDROME DI	
		LARSEN, SINDROME DI	
RNG060	OSTEODISTROFIE CONGENITE ISOLATE O IN FORMA SINDROMICA	DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA	
		OSTEOGENESI IMPERFETTA	
		OSTEOPETROSI	
		DISPLASIA FIBROSA	
		ELLIS-VAN CREVELD, SINDROME DI	
		DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA TARDA	
		FAIRBANK, MALATTIA DI	*DISPLASIA EPIFISARIA MULTIPLA*
		DISCONDROSTEOSI	
		DISPLASIA DIASTROFICA	
		DISPLASIA PSEUDODIASTROFICA	
		ENGELMANN, MALATTIA DI	
		McCUNE-ALBRIGHT, SINDROME DI	*OSTEITE FIBROSA DISSEMINATA*
		SINDROME DOOR	
RN0960	MAFFUCCI, SINDROME DI		
RN1450	DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA CONGENITA		
RN0370	DYGGVE-MELCHIOR-CLAUSEN (DMC), SINDROME DI		*DISPLASIA SPONDILOCOSTALE*
RN0410	JARCHO-LEVIN, SINDROME DI		
ALTRE SINDROMI E MALFORMAZIONI CONGENITE COMPLESSE			
RNG080	**SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA *(ESCLUSO: TRISOMIA 21; SOGGETTI CON CARIOTIPO 47,XXY; SINDROME DEL TRIPLO X; SINDROME DEL DOPPIO Y)* (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)**		
	TURNER, SINDROME DI (codice RN0680)		
RNG090	**SINDROMI DA RIARRANGIAMENTI STRUTTURALI SBILANCIATI CROMOSOMICI E GENOMICI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)**	SINDROMI DA DELEZIONE 22q11.2 *(ESCLUSO: SINDROME DI DIGEORGE, DA CERTIFICARE CON CODICE RCG160 E SINDROME CARDIOFACCIALE DI CAYLER, DA CERTIFICARE CON CODICE RN1770)*	
	PALLISTER-KILLIAN, SINDROME DI (codice RN1590)		*SINDROME DA DELEZIONE BRACCIO CORTO CROMOSOMA 5*
	SINDROME DEL "CRI DU CHAT" (codice RN0670)		*TUMORE DI WILMS - ANIRIDIA - ANOMALIE GENITO-URINARIE - RITARDO MENTALE*
	SINDROME WAGR (codice RN1730)		
	WILLIAMS, SINDROME DI (codice RN1270)		*SINDROME DA DELEZIONE BRACCIO CORTO CROMOSOMA 4; PITT-ROGERS-DANKS, SINDROME DI*
	WOLF-HIRSCHHORN, SINDROME DI (codice RN0700)		*MARTIN-BELL, SINDROME DI*
RN1330	SINDROME DEL CROMOSOMA X FRAGILE		

Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il



RNG091	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE CON ALTERAZIONE DEL TESSUTO CONNETTIVO COME SEGNO PRINCIPALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	SHPRINTZEN-GOLDBERG, SINDROME DI LOEYS-DIETZ, SINDROME DI	
	MARFAN, SINDROME DI (codice RN1320)		
	EHLERS-DANLOS, SINDROME DI (codice RN0330)		
	STICKLER, SINDROME DI (codice RN1220)		
RNG092	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CON BASSA STATURA COME SEGNO PRINCIPALE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	NANISMO OSTEODISPLASTICO MICROCEFALICO PRIMITIVO (MOPD)	
	AARSKOG, SINDROME DI (codice RN0790)		
	DUBOWITZ, SINDROME DI (codice RN0870)		
	ROBINOW, SINDROME DI (codice RN1070)		
	RUSSELL-SILVER, SINDROME DI (codice RN1080)		
	SECKEL, SINDROME DI (codice RN1100)		
	SHORT SINDROME (codice RN0730)		
RNG093	SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE GRAVI ED INVALIDANTI CARATTERIZZATE DA UN ACCRESCIMENTO PRECOCE ECCESSIVO (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	EMIIPERTROFIA CONGENITA	
	BECKWITH-WIEDEMANN, SINDROME DI (codice RN0820)		
	SOTOS, SINDROME DI (codice RC0310)		*GIGANTISMO CEREBRALE*
	WEAVER, SINDROME DI (codice RN0490)		
	SIMPSON-GOLABI-BEHMEL, SINDROME DI (codice RN1120)		
	MARSHALL-SMITH, SINDROME DI (codice RN1550)		
RNG100	ALTRE ANOMALIE CONGENITE MULTIPLE GRAVI ED INVALIDANTI CON RITARDO MENTALE (*LIMITATAMENTE A SINDROMI NOTE*)	SINDROME KBG	
RN1350	ALAGILLE, SINDROME DI		
RN1370	ALSTROM, SINDROME DI		
RNG200	AMARTOMATOSI MULTIPLE (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	COWDEN, MALATTIA DI	
	SCLEROSI TUBEROSA (codice RN0750)		
	PEUTZ-JEGHERS, SINDROME DI (codice RN0760)		
		BANNAYAN-ZONANA, SINDROME DI	*MACROCEFALIA-LIPOMI MULTIPLI-EMANGIOMI*
	STURGE-WEBER, SINDROME DI (codice RN0770)	COMPLESSO DI VON MEYENBURG	
	VON HIPPEL-LINDAU, SINDROME DI (codice RN0780)		
	SINDROME PROTEUS (codice RN1170)		
RN1300	ANGELMAN, SINDROME DI		
RN1250	ASSOCIAZIONE VACTERL/VATER		
RN1380	BARDET-BIEDL, SINDROME DI		*LAURENCE-MOON, SINDROME DI*
RN0830	BLOOM, SINDROME DI		
RN0840	BÖRJESON-FORSSMAN-LEHMANN, SINDROME DI		
RN1780	CHAR, SINDROME DI		
RN0350	COFFIN-LOWRY, SINDROME DI		
RN0360	COFFIN-SIRIS, SINDROME DI		
RN0401	COHEN, SINDROME DI		
RN1410	CORNELIA DE LANGE, SINDROME DI		
RC0250	COSTELLO, SINDROME DI		
RN1010	NOONAN, SINDROME DI		
RN1150	SINDROME CARDIO-FACIO-CUTANEA		
RN1530	SINDROME LEOPARD		
RN1420	DE SANCTIS-CACCHIONE, MALATTIA DI		
RN1440	DISPLASIA OCULO-DENTO-DIGITALE		
RN0380	FILIPPI, SINDROME DI		
RN1021	SINDROME FG		*KELLER, SINDROME DI*
RN1820	FINE-LUBINSKY, SINDROME DI		
RN0900	FRYNS, SINDROME DI		
RN0920	HERMANSKY-PUDLAK, SINDROME DI		
RN0930	HOLT-ORAM, SINDROME DI		
RN1540	LEVY-HOLLISTER, SINDROME DI		*SINDROME LACRIMO-AURICOLO-DENTO-DIGITALE*
RC0270	LOWE, SINDROME DI		SINDROME OCULO-CEREBRO-RENALE

RN1850	MAINZER-SALDINO, SINDROME DI	*SINDROME CORORENALE; DISPLASIA RENALE - DISTROFIA PIGMENTATA DELLA RETINA - ATASSIA CEREBELLARE - DISPLASIA SCHELETRICA*
RN0970	MARSHALL, SINDROME DI	
RN1020	OPITZ, SINDROME DI	*SINDROME DI OPITZ G/BBB TIPO I*
RN1030	PALLISTER-HALL, SINDROME DI	
RN0420	PALLISTER W, SINDROME DI	*SINDROME W DI PALLISTER*
RN0650	PARRY-ROMBERG, SINDROME DI	*ATROFIA EMIFACCIALE PROGRESSIVA*
RN1310	PRADER-WILLI, SINDROME DI	
RN1620	RUBINSTEIN-TAYBI, SINDROME DI	
RN1130	SINDROME BRANCHIO-OCULO-FACCIALE	
RN1140	SINDROME BRANCHIO-OTO-RENALE	
RN1770	SINDROME CARDIOFACCIALE DI CAYLER	
RN0450	SINDROME CEREDRO-COSTO-MANDIBOLARE	
RN1640	SINDROME CEREDRO-OCULO-FACIO-SCHELETRICA	*SINDROME DI PENN-SHOKEIR DI TIPO II*
RN0850	SINDROME CHARGE	
RN0940	SINDROME KABUKI	*NAGAWA-KUROKI, SINDROME DI*
RN1830	SINDROME MEGALOCORNEA-RITARDO MENTALE	*NEGHAUSER, SINDROME DI OWCOOSTEODISPLASIA EREDITARIA; SINDROME WAGHA-ROTELA*
RN1190	SINDROME NAIL-PATELLA	
RN1160	SINDROME OCULO-CEREBRO-CUTANEA	
RNG094	SINDROMI PROGEROIDI (le patologie sottoelencate, pur incluse nel gruppo, sono codificate come indicato tra parentesi)	
	HUTCHINSON-GILFORD, SINDROME DI	
	POICHILODERMIA CONGENITO	*ROTHMUND-THOMSON, SINDROME DI*
	WERNER, SINDROME DI (codice RC0060)	WIEDEMANN-RAUTENSTRAUCH, SINDROME DI
	COCKAYNE, SINDROME DI (codice RN1400)	
RN1180	SINDROME TRICO-RINO-FALANGEA	
RN1210	SMITH-MAGENIS, SINDROME DI	
RN1240	TOWNES-BROCKS, SINDROME DI	
RNG085	SINDROMI DI WAARDENBURG	
RN1260	WILDERVANCK, SINDROME DI	
RN1280	WINCHESTER, SINDROME DI	
RN1290	WOLFRAM, SINDROME DI	

16. ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI 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		

Assessorato alla Salute e al Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute

ALLEGATO 8

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 521 del 26 SET. 2017

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniela Valenza)
LUCIANO BADIA

ALL. B

Regione Abruzzo - Regione Abruzzo per la Salute e il Welfare

ELENCO MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI

CODICE ESENZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESENZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
0A02/0B02/OCO2	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
006	ARTRITE REUMATOIDE
007	ASMA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
011	DEMENZE
012	DIABETE INSIPIDO
013	DIABETE MELLITO
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
017	EPILESSIA (escluso: S. di Lennox - Gastault)
018	FIBROSI CISTICA
019	GLAUCOMA
020	INFEZIONE DA HIV
021	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
022	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
023	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
024	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
029	MALATTIA DI ALZHEIMER
030	MALATTIA DI SJOGREN
0A31	IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
036	MORBO DI BUERGER

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

037	MORBO DI PAGET
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
039	NANISMO IPOFISARIO
040	NEONATI PREMATURI E IMMATURI; NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
041	NEUROMIELITE OTTICA
042	PANCREATITE CRONICA
044	PSICOSI
045	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)
046	SCLEROSI MULTIPLA
048	SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO
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
050	SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
051	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
053	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
054	SPONDILITE ANCHILOSANTE
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
056	TIROIDITE DI HASHIMOTO
057	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"
058	DONATORI D'ORGANO
059	MALATTIA CELIACA
060	OSTEOMIELITE CRONICA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE
063	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)
065	SINDROME DI DOWN
066	SINDROME DI KLINEFELTER
067	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE



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 (dm 329/99 e succ mod)	
ICD9CM	DEFINIZIONE DI MALATTIA	CODICE ESENZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE
253.0	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	001.253.0	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
394	MALATTIE DELLA VALVOLA MITRALE	0A02.394	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
395	MALATTIE DELLA VALVOLA AORTICA	0A02.395	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
396	MALATTIE DELLE VALVOLE MITRALE E AORTICA	0A02.396	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
397	MALATTIE DI ALTRE STRUTTURE ENDOCARDICHE	0A02.397	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
414	ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	0A02.414	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
416	MALATTIA CARDIOPOLMONARE CRONICA	0A02.416	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
417	ALTRE MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE	0A02.417	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
424	ALTRE MALATTIE DELL'ENDOCARDIO	0A02.424	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
426	DISTURBI DELLA CONDUZIONE	0A02.426	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
427	ARITMIE CARDIACHE	0A02.427	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
429.4	DISTURBI FUNZIONALI SUCCESSIVI A CHIRURGIA CARDIACA	0A02.429.4	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
433	OCCLUSIONE E STENOSI DELLE ARTERIE PRECEREBRALI	0B02.433	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
434	OCCLUSIONE DELLE ARTERIE CEREBRALI	0B02.434	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)



437	ALTRE E MAL DEFINITE VASCULOPATIE CEREBRALI	0B02.437 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
440	ATEROSCLEROSI	0C02.440 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
441.2	ANEURISMA TORACICO SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.2 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
441.4	ANEURISMA ADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.4 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
441.7	ANEURISMA TORACOADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.7 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
441.9	ANEURISMA DELL'AORTA SEDE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.9 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
442	ALTRI ANEURISMI	0C02.442 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
444	EMBOLIA E TROMBOSI ARTERIOSE	0C02.444 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
447.0	FISTOLA ARTEROVENOSA ACQUISITA	0C02.447.0 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
447.1	STENOSI DI ARTERIA	0C02.447.1 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
447.6	ARTERITE NON SPECIFICATA	0C02.447.6 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
452	TROMBOSI DELLA VENA PORTA	0C02.452 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
453	EMBOLIA E TROMBOSI DI ALTRE VENE	0C02.453 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
459.1	SINDROME POSTFLEBITICA	0C02.459.1 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
557.1	INSUFFICIENZA VASCOLARE CRONICA DELL'INTESTINO	0C02.557.1 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
745	ANOMALIE DEL BULBO CARDIACO E DEL SETTO CARDIACO	0A02.745 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
746	ALTRE MALFORMAZIONI DEL CUORE	0A02.746 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
747	ALTRE ANOMALIE CONGENITE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	0C02.747 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
V42.2	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	0A02.V42.2 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
V43.3	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA CON ALTRI MEZZI	0A02.V43.3 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)

V43.4	VASO SANGUIGNO SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI	0C02.V43.4	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
V45.0	DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	0A02.V45.0	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
283.0	ANEMIE EMOLITICHE AUTOIMMUNI	003.283.0	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
307.1	ANORESSIA NERVOSA	005.307.1	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
307.51	BULIMIA	005.307.51	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
714.0	ARTRITE REUMATOIDE	006.714.0	ARTRITE REUMATOIDE
714.1	SINDROME DI FELTY	006.714.1	ARTRITE REUMATOIDE
714.2	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO	006.714.2	ARTRITE REUMATOIDE
714.30	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	006.714.30	ARTRITE REUMATOIDE
714.32	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE	006.714.32	ARTRITE REUMATOIDE
714.33	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE MONOARTICOLARE	006.714.33	ARTRITE REUMATOIDE
493	ASMA	007.493	ASMA
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOOLICA	008.571.2	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
571.5	CIRROSI EPATICA SENZA MENZIONE DI ALCOOL	008.571.5	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
571.6	CIRROSI BILIARE	008.571.6	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
555	ENTERITE REGIONALE	009.555	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
556	COLITE ULCEROSA	009.556	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
290.0	DEMENZA SENILE, NON COMPLICATA	011.290.0	DEMENZE
290.1	DEMENZA PRESENILE	011.290.1	DEMENZE
290.2	DEMENZA SENILE, CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI	011.290.2	DEMENZE
290.4	DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA	011.290.4	DEMENZE

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

291.1	SINDROME AMNESICA DA ALCOOL	011.291.1	DEMENZE
294.0	SINDROME AMNESICA (NON ALCOOLICA)	011.294.0	DEMENZE
253.5	DIABETE INSIPIDO	012.253.5	DIABETE INSIPIDO
250	DIABETE MELLITO	013.250	DIABETE MELLITO
303	SINDROME DA DIPENDENZA DA ALCOOL	014.303	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
304	DIPENDENZA DA DROGHE	014.304	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
571.4	EPATITE CRONICA	016.571.4	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
070.32	EPATITE VIRALE B CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA	016.070.32	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
070.33	EPATITE VIRALE B CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, CON EPATITE DELTA	016.070.33	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
070.54	EPATITE C CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO	016.070.54	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
070.9	EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO	016.070.9	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
345	EPILESSIA	017.345	EPILESSIA (escluso: S. di Lennox - Gastault)
277.0	FIBROSI CISTICA	018.277.0	FIBROSI CISTICA
365.1	GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	019.365.1	GLAUCOMA
365.3	GLAUCOMA DA CORTICOSTEROIDI	019.365.3	GLAUCOMA
365.4	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ANOMALIE CONGENITE, DISTROFIE E SINDROMI SISTEMICHE	019.365.4	GLAUCOMA
365.5	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTERAZIONI DEL CRISTALLINO	019.365.5	GLAUCOMA
365.6	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTRI AFFEZIONI OCULARI	019.365.6	GLAUCOMA
365.8	ALTRE FORME SPECIFICATE DI GLAUCOMA	019.365.8	GLAUCOMA
042	INFEZIONE DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICENZA UMANA (HIV)	020.042	INFEZIONE DA HIV
042 + 079.53	VIRUS DELL'IMMUNODEFICENZA UMANA, TIPO 2 (HIV-2)	020. 042 + 079.53	INFEZIONE DA HIV
V08	STATO INFETTIVO ASINTOMATICO DA VIRUS DA IMMUNODEFICENZA UMANA (HIV)	020.V08	INFEZIONE DA HIV

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

428	INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)
255.4	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
585	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
518.83	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (CRONICA)
272.0	IPERCOLESTEROLEMIA PURA
272.2	IPERLIPIDEMIA MISTA
272.4	ALTRE E NON SPECIFICATE IPERLIPIDEMIE
252.0	IPERPARATIROIDISMO
252.1	IPOPARATIROIDISMO
243	IPOTIROIDISMO CONGENITO
244	IPOTIROIDISMO ACQUISITO
710.0	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
331.0	MALATTIA DI ALZHEIMER
710.2	MALATTIA DI SJOGREN
401	IPERTENSIONE ESSENZIALE
402	CARDIOPATIA IPERTENSIVA
403	NEFROPATIA IPERTENSIVA
404	CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA
405.0	IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA

021.428	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
022.255.4	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
023.585	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
024.518.83	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
025.272.0	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
025.272.2	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
025.272.4	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
026.252.0	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
026.252.1	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
027.243	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)
027.244	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)
028.710.0	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
029.331.0	MALATTIA DI ALZHEIMER
030.710.2	MALATTIA DI SJOGREN
0A31.401	IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
0031.402	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
0031.403	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
0031.404	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
0031.405.0	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO



362.11	RETINOPATIA IPERTENSIVA	0031.362.11	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
255.0	SINDROME DI CUSHING	032.255.0	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
242.0	GOZZO TOSSICO DIFFUSO	035.242.0	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
242.1	GOZZO TOSSICO UNINODULARE	035.242.1	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
242.2	GOZZO MULTINODULARE TOSSICO	035.242.2	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
242.3	GOZZO NODULARE TOSSICO NON SPECIFICATO	035.242.3	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
443.1	TROMBOANGIOITE OBLITERANTE (MORBO DI BUERGER)	036.443.1	MORBO DI BUERGER
731.0	OSTEITE DEFORMANTE SENZA MENZIONE DI TUMORE DELLE OSSA (MALATTIA DELLE OSSA DI PAGET)	037.731.0	MORBO DI PAGET
332	MORBO DI PARKINSON	038.332	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
333.0	ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE DEI NUCLEI DELLA BASE	038.333.0	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
333.1	TREMORE ESSENZIALE ED ALTRE FORME SPECIFICATE DI TREMORE	038.333.1	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
333.5	ALTRE FORME DI COREA	038.333.5	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
253.3	NANISMO IPOFISARIO	039.253.3	NANISMO IPOFISARIO
		040	NEONATI PREMATURI E IMMATURI; NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
341.0	NEUROMIELITE OTTICA	041.341.0	NEUROMIELITE OTTICA
577.1	PANCREATITE CRONICA	042.577.1	PANCREATITE CRONICA
295.0	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO SEMPLICE	044.295.0	PSICOSI
295.1	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO DISORGANIZZATO	044.295.1	PSICOSI
295.2	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO CATATONICO	044.295.2	PSICOSI
295.3	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO PARANOIDE	044.295.3	PSICOSI

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

295.5	SCHIZOFRENIA LATENTE	044.295.5	PSICOSI
295.6	SCHIZOFRENIA RESIDUALE	044.295.6	PSICOSI
295.7	PSICOSI SCHIZOFRENICA TIPO SCHIZOAFFETTIVO	044.295.7	PSICOSI
295.8	ALTRI TIPI SPECIFICATI DI SCHIZOFRENIA	044.295.8	PSICOSI
296.0	MANIA, EPISODIO SINGOLO	044.296.0	PSICOSI
296.1	MANIA, EPISODIO RICORRENTE	044.296.1	PSICOSI
296.2	DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO	044.296.2	PSICOSI
296.3	DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	044.296.3	PSICOSI
296.4	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MANIACALE	044.296.4	PSICOSI
296.5	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO DEPRESSIVO	044.296.5	PSICOSI
296.6	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MISTO	044.296.6	PSICOSI
296.7	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, NON SPECIFICATA	044.296.7	PSICOSI
296.8	PSICOSI MANIACO DEPRESSIVA, ALTRA E NON SPECIFICATA	044.296.8	PSICOSI
297.0	STATO PARANOIDE SEMPLICE	044.297.0	PSICOSI
297.1	PARANOIA	044.297.1	PSICOSI
297.2	PARAFRENIA	044.297.2	PSICOSI
297.3	SINDROME PARANOIDE A DUE	044.297.3	PSICOSI
297.8	ALTRI STATI PARANOIDI SPECIFICATI	044.297.8	PSICOSI
298.0	PSICOSI DI TIPO DEPRESSIVO	044.298.0	PSICOSI
298.1	PSICOSI, TIPO AGITATO	044.298.1	PSICOSI
298.2	CONFUSIONE REATTIVA	044.298.2	PSICOSI



298.4	PSICOSI PARANOIDE PSICOGENA	044.298.4 PSICOSI
298.8	ALTRE E NON SPECIFICATE PSICOSI REATTIVE	044.298.8 PSICOSI
299.0	DISTURBO AUTISTICO	044.299.0 PSICOSI
299.1	PSICOSI DISINTEGRATIVA	044.299.1 PSICOSI
299.8	ALTRE PSICOSI SPECIFICHE DELLA PRIMA INFANZIA	044.299.8 PSICOSI
696.0	ARTROPATIA PSORIASICA	045.696.0 PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)
696.1	ALTRE PSORIASI	045.696.1 PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)
340	SCLEROSI MULTIPLA	046.340 SCLEROSI MULTIPLA
		048 SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO
		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
		050 SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
		051 SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI
V42.0	RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.0 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
V42.1	CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.1 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
V42.6	POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.6 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
V42.7	FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.7 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
V42.8	ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO: PANCREAS	052.V42.8 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
V42.9	ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.9 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare - Ufficio Abruzzo

V42.5	CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	053.V42.5	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
720.0	SPONDILITE ANCHILOSANTE	054.720.0	SPONDILITE ANCHILOSANTE
010	INFEZIONE TUBERCOLARE PRIMARIA	055.010	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
011	TUBERCOLOSI POLMONARE	055.011	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
012	ALTRE FORME DI TUBERCOLOSI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	055.012	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
013	TUBERCOLOSI DELLE MENINGI E DEL SNC	055.013	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
014	TUBERCOLOSI DELL'INTESTINO, DEL PERITONEO E DELLE GHIANDOLE MESENTERICHE	055.014	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
015	TUBERCOLOSI DELLE OSSA E DELLE ARTICOLAZIONI	055.015	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
016	TUBERCOLOSI DELL'APPARATO GENITOURINARIO	055.016	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
017	TUBERCOLOSI DEGLI ALTRI ORGANI	055.017	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
018	TUBERCOLOSI MILIARE	055.018	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
245.2	TIROIDITE LINFOCITARIA CRONICA - TIROIDITE DI HASHIMOTO	056.245.2	TIROIDITE DI HASHIMOTO
		057	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"
		058	DONATORI D'ORGANO
579.0	MALATTIA CELIACA	059.579.0	MALATTIA CELIACA
694.0	DERMATITE ERPETIFORME	059.694.0	MALATTIA CELIACA
730.1	OSTEOMIELITE CRONICA	060.730.1	OSTEOMIELITE CRONICA
581.1	SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA;	061.581.1	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
581.2	SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA;	061.581.2	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)

582.1	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA (COMPRESA LA GLOMERULOSCLEROSI FOCALE);	061.582.1	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
582.2	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA	061.582.2	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
582.4	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA;	061.582.4	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
587	RENE GRINZO GLOMERULONEFRITICO	061.587	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
590.0	PIELONEFRITE CRONICA.	061.590.0	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di cretinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
753.13	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE	062.753.13	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE
617	ENDOMETRIOSI	063.617	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)
755.4	AMELIA, EMIMELIA, FOCOMELIA,	064.755.4	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)
742.59	MICROMELIA	064.742.59	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)
758.0	SINDROME DI DOWN	065.758.0	SINDROME DI DOWN
758.7	SINDROME DI KLINEFELTER	066.758.7	SINDROME DI KLINEFELTER
710.9	MALATTIE DIFFUSE DEL CONNETTIVO NON SPECIFICATE	067.710.9	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE

Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare

PACCHETTI PRESTAZIONALI NUOVO NOMENCLATORE

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)	
90.11.4	CALCIO TOTALE	
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	
90.40.7	INSULIN GROWTH FACTOR (IGF-1 o SOMATOMEDINA C)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(Cod. 87.03.D)	
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	
	PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO	
	* 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; .429.4; .433; .434; .437; .440; .441.2; .441.4; .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6 ; .452; .453; .459.1; .557.1; .745; .746; .747; .V42.2; .V43.3; .V43.4; V45.0

AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
(Escluso: .453.0 Sindrome di Budd-Chiari)

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
0A02	MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE (.394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .429.4; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0)	
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
88.72.2	ECO(COLORI)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLORI)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 e/o farmacologica. Non associabile a 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)	
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	
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	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER incluso ECG (89.52)	
	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso ECG (89.52)	
per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 89.52;87.44.1;88.72.3; 89.41;89.50	92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo.	
per i soggettin affetti da fibrillo flutter atriale di cui al codice 0A02.427 in terapia con amiodarone oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 89.52;87.44.1;88.72.3; 89.41; 89.50	90. 42. 1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8	
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8	

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 (cod 87.03.A) o TC Orbite (Cod. 87.03.C)
		OPPURE
	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) o TC Orbite con e senza MDC(Cod. 87.03.D)
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlovia a riposo o dopo prova fisica o farmacologica, Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.
per i soggetti che necessitano di terapie riabilitative dopo un evento collegato ad occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (0B02.433); occlusione delle arterie cerebrali (0B02.434); e altre mal definite arteriovasculopatie cerebrali (0B02.437) oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 87.03.1; 88.73.5		
	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 od 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 od 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, gnosiche o prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

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; .459.1; .557.1; .747; .V43.4)

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

		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, linfonodi, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali
	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.
Per i soggetti di cui ai codici 0A02; 0B02; 0C02 , in trattamento anticoagulante		
	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 specialistic. 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)	
90.09.1	APTOGLOBINA	
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX [cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
90.22.3	FERRITINA	
90.22.5	FERRO [S]	
90.42.5	TRANSFERRINA	
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTIERITROCITI [Test di Coombs diretto]	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale o grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	

* 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)	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
90.13.3	CLORURO
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
90.22.5	FERRO [S]
90.27.1	GLUCOSIO
90.37.4	POTASSIO
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)
90.40.4	SODIO
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
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; .714.30; .714.32; .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)	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.22.3	FERRITINA	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.44.1	UREA	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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 EMAZIE (VES)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9).	
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41„ 88.38.9	non più di 1 volta l'anno

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

		88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	
		88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno
		88.99.6	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
		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	
		93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	
		93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
	$	90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
	$	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
		45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24); 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); Biopsia dello stomaco (44.14):Biopsia del duodeno (45.14.1)	non più di 1 volta l'anno
		09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE (test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	
		99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	
		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	
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	
			$ 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	
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
		90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	
		91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	
		91.19.5	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. Escluso farmaco	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

007 .493 ASMA

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti [* NOTA]	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
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.	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (89.37.2). Incluso farmaco.	
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA [quantitativa]	
	* 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; .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]	
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 più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
90.13.3	CLORURO	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	
90.22.5	FERRO [S]	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI [gamma GT]	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

90.27.1	GLUCOSIO
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)
90.30.2	LIPASI [S]
90.37.4	POTASSIO
90.38.4	PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5]
90.38.5	PROTEINE TOTALI
90.40.4	SODIO
90.42.4	TRANSFERRINA [Capacità ferrolegante]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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
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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1
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]

* 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)	
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 più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
90.13.5	COBALAMINA [VIT. B12]	
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg]Er]	
90.22.5	FERRO [S]	
90.23.2	FOLATO	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI [gamma GT]	
90.30.2	LIPASI [S]	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5]	
90.40.4	SODIO	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

90.42.5	TRANSFERRINA	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativo)	
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC	
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO MDC	
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 e 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
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: RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	
45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente - Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	
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)	
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE da Biopsia endoscopica. Incluse eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per ciascun campione	
	* 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; .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'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
	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 fino a 10 sedute	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	
	OPPURE	
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	

In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:

($) 90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
($) 90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
90.32.2	LITIO (P)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	

($) 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

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

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	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	
90.13.3	CLORURO	
90.37.4	POTASSIO	
90.40.4	SODIO	
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]	
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
90.18.1	C PEPTIDE	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	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	
	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 COLTURALE 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	
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno
	88.73.5	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
	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.	
	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse 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. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	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 esterocettivi agli arti	
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo principale (fino a 6 segmenti)	
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo principale (fino a 4 segmenti)	
	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	
	95.05	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 FLUORESCEINA	
	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	
	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	
	99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio.	
	14.34	FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST
	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
	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.
	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
NEL DM73, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale

* 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

In trattamento di disassuefazione o in Comunità di 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; .070.54; .070.9 EPATITE CRONICA (ATTIVA)

	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)	
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX [cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.22.5	FERRO [S]	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.39.4	RAME [S/U]	
90.40.4	SODIO	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
	91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione)
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi immunoblotting (Saggio di conferma) NAS.
	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA (Inclusa, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento)
	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM. Prescrivibile solo in presenza di HBsAg positivo
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1
H	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA
	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Incluse eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per ciascun campione
	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali

Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni:

	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
	90.12.5	CERULOPLASMINA
	90.22.3	FERRITINA [P/[Sg]Er]

In caso di trattamento con interferone

	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione)
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3) non associabile a 90.41.8
	90.47.3	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]
	90.44.6	VITAMINA D (25 OH)

* 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: Sindrome di Lennox-Gastaut)

		PRESTAZIONI	FREQUENZA
		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
(§)	90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
(§)	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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	
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Escluso: EEG con polisonnogramma (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	
	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO non associbile a TC Sella Turcica (cod 87.03.A) e TC Orbite (Cod. 87.03.C)	non più di 1 volta l'anno

(§) 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

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

018 .277.0

FIBROSI CISTICA

Secondo le modalità di erogazione previste dalla Legge 23 dicembre 1993, n. 548

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

019 .365.1; .365.3; .365.4; .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)	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	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	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE
	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)
	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern od 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; (cod. agg.) .079.53; .V08 INFEZIONE DA HIV

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE

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)	
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	
($) 90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
($) 90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.37.4	POTASSIO	
90.40.4	SODIO	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
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 e/o farmacologica. Non associabile a 88.72.2	

Regione Abruzzo Dipartimento per la salute e il welfare

89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	
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 o dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	
	(§) 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	
	* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

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)	
90.15.3	CORTISOLO	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [FOSFORO]	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.40.4	SODIO	
90.44.1	UREA	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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)	
90.05.1	ALBUMINA	
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]]	
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 [P/[Sg]Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)
90.27.1	GLUCOSIO
90.32.5	MAGNESIO TOTALE
90.35.5	PARATORMONE [PTH] Molecola intatta
90.37.4	POTASSIO
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio 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
90.42.5	TRANSFERRINA
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.5	URATO
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.
	OPPURE
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, linfonodi, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
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)

Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:

91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione)
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM. Prescrivibile solo in presenza di HBsAg positivo
	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg. Prescrivibile solo in presenza di HBsAG positivo

Per i soggetti in trattamento dialitico, secondo le condizioni cliniche individuali:

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

* 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]	
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	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
(§) 90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI [LDH]	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.40.4	SODIO	
90.44.1	UREA	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.	
	OPPURE	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
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	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.3	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLOCAPILLARE DEL CO	
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Per seduto di 60 minuti Max 6 pazienti (Ciclo di 10 sedute)	
93.18.1	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	
	(S) 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	
	* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

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)	
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	
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 88.72.2	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
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 E/O VENOSO. A riposo.	
In caso di complicanza cardiaca, in aggiunta:		
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	
In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante:		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	

Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e

90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
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)	
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	
	RADIOGRAFIA OSSEA A CARICO DEL/I DISTRETTO/I INTERESSATO/I	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	non più di 1 volta l'anno
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(Cod. 87.03.D)	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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non inferiore a 12 -18 mesi
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	
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 superiori a 10 mU/L)

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8	
90.43.3	TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3) non associabile a 90.41.8	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	
In caso di complicanza cardiaca:		
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
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 88.72.2	
	* 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)	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.38.5	PROTEINE TOTALI	
90.40.4	SODIO	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.44.1	UREA	
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 CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo Non associabile a 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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 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
nell'ARTROPATIA LUPICA, oltre alle precedenti			
	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
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 HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	
	91.19.5	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. Escluso farmaco	

* 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'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
	OPPURE	

Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il

	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute
		OPPURE
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute

Limitatamente a specifiche esigenze cliniche esplicitamente documentate:

		EVENTUALI ULTERIORI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE INDICATE PER PATOLOGIE ASSOCIATE E CONSEGUENTI

In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:

(S)	90.17.8	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI
(S)	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE
	90.32.2	LITIO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO

(S) 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

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

030 .710.2 MALATTIA DI SJOGREN

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	VISITA DI CONTROLLO necessario al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
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 GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5]	
90.44.1	UREA	
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 CITOMETRICO 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)	
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

	88.28.2	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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
	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
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistogramma per contrasto [87.05], Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	
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 HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	
	91.19.5	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. Escluso 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)	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	non più di 1 volta l'anno

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

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

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)	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.37.4	POTASSIO	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.40.4	SODIO	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.43.5	URATO	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO (24 Ore) DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	
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)	
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	non più di 1 volta l'anno

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

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)	
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	
90.31.4	CALCIO TOTALE	
90.33.3	CLORURO	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	
90.15.3	CORTISOLO	
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	
90.27.1	GLUCOSIO	
90.37.4	POTASSIO	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
90.40.4	SODIO	
90.41.3	TESTOSTERONE	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con o senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(Cod. 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 SACROCOCCISE (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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
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; .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)	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8	
90.43.3	TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3) non associabile a 90.41.8	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
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 88.72.2	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
90.11.4	CALCIO TOTALE	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	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	ESOFTALMOMETRIA	
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	
	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(Cod. 87.03.D)	non più di 1 volta l'anno
	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	non più di 1 volta l'anno
	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	
		PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO	

* 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 E/O VENOSO. A riposo.	
	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 necessario 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]	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [FOSFORO]	
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI [gamma GT]	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

		RADIOGRAFIA OSSEA A CARICO DEL DISTRETTO/I INTERESSATO/I	
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione.	
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
	88.72.2	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 farmacologico. Non associabile a 88.72.2	non più di una volta l'anno
	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	
	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	

* 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; .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)	
(S)	90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
(S)	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
	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'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
		OPPURE	
	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relativo a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	
		OPPURE	
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	
	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 o dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativo 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	
		($) 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	
		* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	

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]	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	
	90.40.7	INSULIN GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (cod 87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(Cod. 87.03.D)	non più di una volta l'anno
	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	
		* 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

Limitatamente ai primi tre anni di vita:

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

041 .341.0 NEUROMIELITE OTTICA

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI 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]	
	90.06.4	ALFA AMILASI	
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	
	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
	90.27.1	GLUCOSIO	
	90.30.2	LIPASI [S]	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	
	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	
		* 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; .295.3; .295.5; .295.6; .295.7; .295.8; .296.0; .296.1; .296.2; .296.3; .296.4; .296.5; .296.6; .296.7; .296.8; .297.0; .297.1; .297.2; .297.3; .297.8; .298.0; .298.1; .298.2; .298.4; .298.8; .299.0; .299.1; .299.8

PSICOSI

		PRESTAZIONI	FREQUENZA
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	
(S)	90.17.B	DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	
(S)	90.17.C	DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
	90.32.2	LITIO	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE (per seduta)	
	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce o dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

OPPURE

	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relativo a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Caro Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute

($) 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

In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:

controllo ematologico	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
controllo cardiologico	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
controllo funzionalità renale	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
controllo funzionalità tiroidea	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8
	90.43.3	TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3) non associabile a 90.41.8

045 .696.0; 696.1 PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA 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 GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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 ciclo di sei sedute	
	Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) In aggiunta:	
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	
90.43.5	URATO	
	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	non inferiore a 12 -18 mesi
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA LOMBARE	
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA FEMORALE	
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA ULTRADISTALE	
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare

nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:

	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	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 HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBcAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBcAg negativo
	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. Escluso 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

LE PRESTAZIONI SANITARIE 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 MALIGNE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO

Secondo le condizioni cliniche individuali:

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

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

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare

050		SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
	Secondo le condizioni cliniche individuali:	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI
051		SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI
		LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI
052	.V42.0; V42.1; V42.6; .V42.7; .V42.8; .V42.9	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, INTESTINO, PANCREAS, MIDOLLO)
	Secondo le condizioni cliniche individuali:	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI
053	.V42.5	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
		LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA LORO CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE
054	.720.0	SPONDILITE ANCHILOSANTE
	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	nelle forme precoci, NON radiologicamente evidenti (spondiloartrite 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

Regione Abruzzo Dipartimento per la salute e il Welfare

	88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4, 88.93.5	non più di 1 volta l'anno
nelle forme radiologicamente evidenti			
		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	
	91:49:02	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	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	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
	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)	non più di 1 volta l'anno
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione.	non più di 1 volta l'anno
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	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	
	93.18.2	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	
	93.18.1	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	
	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
	93.15	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	
in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	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 HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
	91.19.5	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	99.17.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco

* 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; .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]	
	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 più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta	
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
	90.38.4	PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [§] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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	[redacted]	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	
	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
(§)		RADIOGRAFIA A CARICO DELL'ORGANO O DEL DISTRETTO INTERESSATO	
	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, costo, mediastino]	

[§] in caso di tubercolosi ossea sospetta o diagnosticata

* NOTA: Nella visita di controllo (di routine o di follow up) un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.

056 .245.2 TIROIDITE DI HASHIMOTO

		PRESTAZIONI	FREQUENZA

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

	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)
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH) non associabile a 90.41.8
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4) non associabile a 90.41.8
90.43.3	TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3) non associabile a 90.41.8
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7

* 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]	ogni 6 mesi
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	ogni 6 mesi
90.27.1	GLUCOSIO	ogni 6 mesi
90.44.1	UREA	ogni 6 mesi
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	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
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	ogni 6 mesi
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	ogni 6 mesi
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	ogni 6 mesi
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	ogni 6 mesi
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	ogni 6 mesi
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	ogni 12 mesi
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni 12 mesi
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.	ogni 6 mesi
	OPPURE	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	ogni 6 mesi
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	ogni 12 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:

Regione Abruzzo Dipartimento Salute e il Welfare 18-3-2017

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 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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	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

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER VALUTARE LA FUNZIONALITA' DELL'ORGANO RESIDUO

059 .579.0; .694.0 MALATTIA CELIACA

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

060 .730.1 OSTEOMIELITE CRONICA

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO 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 (VES)	
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni.Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma sui patogeni	
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma/antimicogramma	
	RX CONVENZIONALE a CARICO DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I	
88.03.2	FISTOLOGRAFIA	
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso eventuale indagine tomografica. Non associabile a 92.18.2	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

* 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
SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA; SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA; GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA (COMPRESA LA GLOMERULOSCLEROSI FOCALE); GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA; GLOMERULONEFRITE MESANGIOPROLIFERATIVA; GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA; RENE GRINZO GLOMERULONEFRITICO; PIELONEFRITE CRONICA.		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
	90.05.1	ALBUMINA	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	
	90.22.5	FERRO [S]	
	90.27.1	GLUCOSIO	
	90.37.4	POTASSIO	
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali (90.38.5)	
	90.40.4	SODIO	
	90.42.5	TRANSFERRINA	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	
	90.43.5	URATO	
	90.44.1	UREA	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	
	91.49.2	PRELIEVO DEL SANGUE VENOSO	
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.	
		OPPURE	
	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	
	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, linfonodi, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	
89.24	ESAME EMODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA)	
in caso di positività del 90.38.4		
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)	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non codificabile con 88.75.1, 88.76.1	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni.Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma sui patogeni	
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	
in caso di sospetta neoplasia:		
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	

* 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 sovrapubica e pelvi maschile o femminile. Incluso eventuale integrazione colordoppler. 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: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	ogni 6 mesi
	OPPURE	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

		88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	ogni 6 mesi
in caso di sospetta ostruzione intestinale, oltre alle precedenti		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(nelle forme: amelia, emimelia, focomelia e micromelia)

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA SINDROME NELLE FORME INDIVIDUATE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

065 .758.0 SINDROME DI DOWN

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

066 .758.7 SINDROME DI KLINEFELTER

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA SINDROME NELLE FORME INDIVIDUATE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

067 .710.9 CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE

	PRESTAZIONI	FREQUENZA
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	
90.38.4	PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [S] Incluso: Dosaggio 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	
90.48.3	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 CITOMETRICO 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	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
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 eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1	
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
	OPPURE	

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare - REGIONE ABRUZZO

87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
	RADIOGRAFIA A CARICO DELL'ORGANO O DEL DISTRETTO INTERESSATO	
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	
90.47.0	ANTICORPI ANTI CITRULLINA [peptide]	

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