



Beschluss der Landesregierung

Deliberazione della Giunta Provinciale

Nr. 1413
Sitzung vom 18/12/2018
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Richard Theiner
Philipp Achammer
Waltraud Deeg
Florian Mussner
Arnold Schuler
Martha Stocker

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Freistellung von der Kostenbeteiligung für Schwangere und zum Mutterschutz - Umsetzung von Artikel 59 und der Anhänge 10A, 10B und 10C des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017

Oggetto:

Esenzione dalla partecipazione al costo per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità – Recepimento dell'articolo 59 e degli Allegati 10A, 10B e 10C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung hat Folgendes zur Kenntnis genommen:

Art. 1, Absatz 5 vom Gesetzesvertretenden Dekret Nr. 124 vom 29. April 1998 legt fest, dass Leistungen für schwangere Frauen von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind.

Das Dekret des Gesundheitsministers vom 10. September 1998 "Decreto Bindi" regelt die Zugangsprotokolle für Laboruntersuchungen und Instrumentaldiagnostik für schwangere Frauen und für den Mutterschutz. Insbesondere sind in den Anhängen A, B und C Laboruntersuchungen und instrumentaldiagnostische Leistungen angegeben, die jeweils für die Frau und das Paar für präkonzeptionelle Maßnahmen, im Laufe der Schwangerschaft für pathologische Erkrankungen mit einem Risiko für Mutter und Kind und für die pränatale Diagnose von der Selbstbeteiligung ausgeschlossen sind.

Der Beschluss der L.R. Nr. 6318 vom 30.12.1998 hat das "Decreto Bindi" umgesetzt.

Mit demselben Beschluss werden außerdem der Befreiungscode L9, der nur in Südtirol gültig ist, und die entsprechenden Anwendungsregeln eingeführt.

Am 1.3.2019 wird der Code L9 gemäß Beschluss der L.R. Nr. 682 vom 10.07.2018 mit dem gesamtstaatlichen Kodifizierungssystem der Befreiungen von Selbstkostenbeteiligung ersetzt, wie vom Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 17.03.2008 vorgesehen.

Das Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 über die Festlegung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/"LEA") sieht in Art. 59 und in den Anhängen 10A, 10B und 10C die ambulanten fachärztlichen Leistungen vor, die von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind;

insbesondere sehen diese Anhänge Folgendes vor:

- Anhang 10A: Fachärztliche Leistungen zum verantwortungsbewussten Mutterschutz, die als präkonzeptionelle Maßnahmen von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind;
- Anhang 10B: Fachärztliche Leistungen zur Kontrolle der physiologischen Schwangerschaft, die von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind;
- Anhang 10C: Zugangsbedingungen zur pränatalen invasiven Diagnose ohne Kostenbeteiligung;

Die Autonome Provinz Bozen hat mit Beschluss der L.R. Nr. 457 vom 18. April 2017 die Bestimmungen des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017 übernommen und die Umsetzung von Artikel 59 und der jeweiligen Anhänge durch die Genehmigung einer

La Giunta provinciale ha preso atto di quanto segue:

il D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124 art. 1 comma 5, stabilisce che le prestazioni a favore delle donne in gravidanza sono escluse dalla partecipazione al costo;

il decreto del Ministro della Sanità 10 settembre 1998 "Decreto Bindi" prevede i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità. In particolare gli allegati A, B e C indicano rispettivamente gli esami di laboratorio e le prestazioni di diagnostica strumentale esenti dalla partecipazione al costo per la donna e la coppia in funzione preconcezionale, nel corso della gravidanza per le condizioni patologiche che comportano un rischio materno e fetale e per la diagnosi prenatale;

la deliberazione della G.P. n. 6318 del 30 dicembre 1998 recepisce il "Decreto Bindi";

la stessa deliberazione dispone inoltre l'introduzione del codice di esenzione ticket L9, valido solamente in Provincia di Bolzano, e le relative regole di utilizzo;

il codice L9 sarà sostituito a decorrere dal 01.03.2019 ai sensi della Deliberazione della G.P. 682 del 10.07.2018 con il sistema di codifica delle esenzioni previsto a livello nazionale dal DM 17.03.2008;

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede all'art. 59 e agli allegati 10A, 10B e 10C le prestazioni di specialistica ambulatoriale escluse dalla partecipazione al costo da parte dell'utente;

nello specifico gli allegati prevedono quanto segue:

- Allegato 10A: le prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale;
- Allegato 10B: le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo;
- Allegato 10C: le condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo;

la Provincia Autonoma di Bolzano ha recepito con deliberazione della G.P. n. 457 del 18 aprile 2017 le disposizioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017 rinviando a successivo provvedimento l'applicazione dell'articolo 59 e dei rispettivi allegati;

späteren Maßnahme entschieden.

die Übernahme der neuen Leistungen und der neuen Codes der ambulanten Fachmedizin gemäß Anhängen 10A und 10B setzt laut Art. 64, Absatz 2 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 die Genehmigung des neuen Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Leistungen mittels Dekret des Gesundheitsministeriums voraus;

die Abteilung Gesundheit hat, im Einklang mit dem Inhalt des obgenannten Art. 59 und den entsprechenden Anhängen, zusammen mit dem Sanitätsbetrieb den neuen therapeutisch-diagnostischen Betreuungspfad für die physiologische Schwangerschaft durch eine spezielle Arbeitsgruppe bestehend aus Fachexperten festgelegt und mit Beschluss der L.R. Nr. 1415 vom 18.12.2018 genehmigt;

Um die neuen von der Selbstbeteiligung ausgeschlossenen Leistungen zu übernehmen, ist es deshalb nötig, die in den Anhängen 10A, 10B angeführten Leistungs-codes jenen des aktuellen Tarifverzeichnisses (siehe Beschluss der L.R. Nr. 2568/1998 in geltender Fassung) zuzuordnen;

Falls der Inhalt der in den Anhängen 10A und 10B genannten Leistungen von den auf Landesebene bestehenden Leistungen abweichen sollte, ist es notwendig, das derzeitige Landestarifverzeichnis entsprechend zu aktualisieren:

Teil 1 - Änderungen der Leistungen

- 88.78.2 GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: evtl. Echocolor Doppler. Nicht vereinbar mit 88.75.1 und 88.76.1;
- 88.78.3 MORPHOLOGISCHER GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL. Nicht vereinbar mit 88.75.1 ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES;
- 88.78.4 GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL ZUR UNTERSUCHUNG DER NACKENTRASPARENZ. Inbegriffen: Beratung vor und nach dem Kombinierten Test;

Teil 2 - Neu eingeführte Leistungen

- 87.83.1 HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHIE. Nicht vereinbar mit Hysterosalpingographie (87.83) und Hysterosonographie (87.83.2);
- 87.83.2 HYSTEROSONOGRAPHIE [Hydrosonographie]. Nicht vereinbar mit gynäkologischem Ultraschall (88.78.2);

Teil 3 - Einführung/ Änderung der Anmerkungen;

der neue therapeutisch - diagnostische Betreuungspfad sieht gemäß Beschluss Nr. 1415 vom 18.12.2018, in verschiedenen Schwangerschaftswochen zusätzliche

il recepimento delle nuove prestazioni e dei nuovi codici di specialistica ambulatoriale di cui ai suddetti allegati 10A e 10B è subordinato, ai sensi dell'art. 64, comma 2, DPCM 12 gennaio 2017, all'approvazione del nuovo nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale, che sarà approvato con Decreto del Ministero della Salute;

coerentemente con quanto disposto dai sopra richiamati art. 59 e rispettivi allegati, la Ripartizione Salute, assieme all'Azienda sanitaria, ha definito il nuovo percorso diagnostico terapeutico per la gravidanza fisiologica, mediante apposito gruppo di lavoro costituito da esperti nel settore e approvato con deliberazione della G.P. n. 1415 del 18.12.2018;

al fine del recepimento delle prestazioni esenti occorre pertanto ricondurre i codici delle prestazioni presenti agli allegati 10A, 10B a quelli presenti nell'attuale nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale di cui alla deliberazione di G.P. n. 2568/1998 e successive modifiche ed integrazioni;

nel caso in cui il contenuto delle prestazioni di cui agli Allegati 10A e 10B non sia riconducibile a prestazioni provinciali esistenti, è indispensabile aggiornare opportunamente il nomenclatore tariffario provinciale vigente, come di seguito riportato:

Parte 1 - Modifica prestazioni

- 88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1;
- 88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE;
- 88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato;

Parte 2 - Nuovi inserimenti di prestazioni

- 87.83.1 ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2);
- 87.83.2 ISTEROSONOGRAFIA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2);

Parte 3 - Inserimento/modifica note;

il nuovo percorso diagnostico terapeutico, di cui alla deliberazione della G.P. n. 1415 del 18.12.2018, rispetto agli Allegati 10A e 10B prevede in diverse settimane gestazionali ulteriori

Ticketbefreiungen zu den Anhängen 10A und 10B vor:

- zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche wird der "Geburtshilfliche Ultraschall" (88.78) hinzugefügt;
- der geburtshilfliche Ultraschall (88.78) und die Externe Kardiotokografie (75.34.1) werden in der 40. Schwangerschaftswoche hinzugefügt;

die oben angeführten Ticketbefreiungen stellen für die Autonome Provinz Bozen zusätzliche Betreuungsstandards dar;

darüber hinaus wird es nach der Analyse der Ärzte als angemessen erachtet, innerhalb des ersten Trimesters der Schwangerschaft die Leistungen 90.88.J und 91.03.5 (enthalten in der Anlage 10B) mit der Leistung 90.83.A zu ersetzen;

in Bezug auf den Zugang zur invasiven Pränataldiagnostik werden in Anhang 10C des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017 folgende Neuerungen eingeführt:

- Punkt 1: Zytogenetische Untersuchungen
 - Beseitigung der Altersgrenze für fortgeschrittenes Alter der Mutter (≥ 35 Jahre);
 - Einführung neuer und genauerer Kriterien für die Bewertung des Chromosomenrisikos mittels Einführung des „Kombinierten Tests“ im ersten Trimester und durch die Anwendung von sensibleren Berechnungsmethoden vonseiten der Regionen;
- Punkt 2 und 3: Einführung von neuen genetischen und infektiösen Untersuchungen;

die Autonome Provinz Bozen beabsichtigt, den cfDNA/NIPT-Gentest zur Abschätzung des Chromosomenrisikos zulasten des Landesgesundheitsdienstes anzubieten.

Die Regeln und Voraussetzungen zum Zugang zum cfDNA/NIPT-Gentest sind mit dem diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfad (was die Festlegung der Risikoklasse anbelangt) und mit dem Anhang 2C, wesentlicher Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses, festgelegt.

Die Landesverwaltung fordert den Sanitätsbetrieb auf, sobald als möglich ein externes Labor für die Durchführung des cfDNA/NIPT-Gentests zu beauftragen.

Nach der Bestimmung des externen Labors und der entsprechenden wirtschaftlichen Bedingungen wird von der Landesverwaltung Folgendes festgelegt: wie die Leistung kodifiziert wird, der entsprechende Tarif, sowie die eventuelle Kostenbeteiligung des Nutzers.

Die Leistung des Gentests kann nur innerhalb des Betreuungspfades zur Bewertung des

esenzioni come di seguito riportato:

- inserimento tra la 34° e la 36° settimana gestazionale dell'Ecografia ostetrica (88.78);
- inserimento nella 40° settimana gestazionale dell'Ecografia ostetrica (88.78) e della Cardiotocografia esterna (75.34.1);

le esenzioni sopra richiamate costituiscono per la Provincia Autonoma di Bolzano un livello aggiuntivo di assistenza;

inoltre, conformemente all'analisi dei clinici si ritiene opportuno erogare nell'ambito del primo trimestre di gravidanza, in sostituzione delle prestazioni 90.88.J e 91.03.5 contenute all'Allegato 10B, la prestazione 90.83.A;

con riferimento all'accesso alla diagnosi prenatale invasiva, l'Allegato 10C del DPCM 12 gennaio 2017 introduce le seguenti novità:

- Punto 1: indagini citogenetiche
 - venir meno del limite dell'età materna avanzata (≥ 35 anni);
 - introduzione di nuovi e più ampi criteri per la valutazione del rischio cromosomico tramite l'introduzione del Test combinato nel primo trimestre e attraverso l'adozione da parte delle Regioni di metodi di calcolo dotati di una maggiore sensibilità;
- Punto 2 e 3: introduzione di nuove indagini quali quelle di carattere genetico ed infettivologico;

la Provincia di Bolzano, quale metodo di screening per la valutazione del rischio cromosomico, intende offrire a carico del Servizio Sanitario Provinciale il test genetico cfDNA/NIPT;

le regole ed i requisiti per l'accesso all'erogazione del test cfDNA/NIPT sono definite dal Percorso diagnostico terapeutico (per quanto concerne la definizione della classe di rischio) e dall'Allegato 2C, parte integrante della presente deliberazione;

l'Amministrazione provinciale invita l'Azienda sanitaria ad incaricare quanto prima un laboratorio esterno per la fornitura del test cfDNA/NIPT;

una volta individuato il laboratorio esterno e le condizioni economiche dallo stesso praticate, seguirà da parte dell'amministrazione provinciale l'indicazione di come codificare la prestazione, la relativa tariffa e l'eventuale compartecipazione dell'utente;

la prestazione relativa al test genetico può essere erogata esclusivamente all'interno del percorso per

Chromosomenrisikos erbracht werden;

der cfDNA/NIPT-Gentest stellt einen zusätzlichen wesentlichen Betreuungsstandard dar, bis das Gesundheitsministerium das Angebot auf gesamtstaatlicher Ebene geregelt hat;

angesichts des beigefügten Auszuges des Protokolls der Sitzung des Landeskomitees für Gesundheitsplanung am 12.10.2018, das ein positives Gutachten zum Inhalt dieses Dokuments und zur anschließenden Umsetzung abgegeben hat.

All dies vorausgeschickt wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlich vorgesehener Weise

b e s c h l o s s e n

1. den Art. 59 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12.1.2017 betreffend die Festlegung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/LEA) gemäß Art. 1 Absatz 7 des Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 umzusetzen. Mit diesem Artikel wird die Befreiung von der Kostenbeteiligung für schwangere Frauen und Schutz der Mutterschaft neu geregelt;
2. die Anlagen, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, zu genehmigen, welche die Bestimmungen des Art. 59 und der Anhänge 10A, 10B und 10C des DPMR 12. Januar 2017 enthalten und die von der Provinz Bozen im Rahmen einer physiologischen und gefährdeten Schwangerschaft zusätzlich bereitgestellten Betreuungsstandards festlegen:
 - a) Anlage 1 „Leitlinien für die korrekte Interpretation der Anlagen 2A, 2B, 2C und Kriterien für die Anwendung der Ticketbefreiungen“;
 - b) Anlage 2A „Fachärztliche Leistungen zum Schutz der verantwortlichen Mutterschaft, die von der Kostenbeteiligung für präkonzeptionelle Maßnahmen ausgeschlossen sind“;
 - c) Anlage 2B „Fachärztliche Leistungen zur Kontrolle der physiologischen Schwangerschaft, die von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind“;
 - d) Anlage 2C: „Zugang zur pränatalen Diagnose“:
 - Teil 1 - Zugangsbedingungen zur pränatalen invasiven Untersuchung, ohne Kostenbeteiligung (Anlage 10C - DPMR 12. Januar 2017)

la valutazione del rischio cromosomico;

il test genetico cfDNA/NIPT costituisce LEA aggiuntivo sino a quando il Ministero della Salute ne avrà regolamentato l'offerta a livello nazionale;

visto l'allegato estratto di verbale della riunione del Comitato provinciale per la programmazione sanitaria tenutasi il 12.10.2018, che ha espresso parere favorevole in merito al contenuto del presente atto e conseguente applicazione.

Tutto ciò premesso, la Giunta provinciale a voti unanimi espressi nelle forme di legge

d e l i b e r a

1. di recepire l'articolo 59 e relativi allegati del decreto del DPCM 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con tale articolo viene disciplinata ex novo l'esenzione dalla partecipazione al costo per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità;
2. di approvare i seguenti allegati, parte integrante della presente deliberazione, i quali recepiscono le disposizioni previste dall'art. 59 e dagli Allegati 10A, 10B e 10C del DPCM 12 gennaio 2017 e determinano i livelli aggiuntivi erogati dalla Provincia di Bolzano nell'ambito della gravidanza fisiologica e a rischio:
 - a) Allegato 1 “Linee guida per la corretta interpretazione degli Allegati 2A, 2B, 2C e criteri di applicazione delle esenzioni”;
 - b) Allegato 2A “Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale”;
 - c) Allegato 2B “Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo”;
 - d) Allegato 2C “Accesso alla diagnosi prenatale”:
 - Parte 1 – Condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo (in applicazione

- Teil 2 – Zugangsprotokoll zum nicht-invasiven pränatalen Screening zur Bewertung des Chromosomenrisikos (Punkt 1 Anhang 10C - DPMR 12. Januar 2017);
- e) Anlage 3: „Änderungen und Ergänzungen des Beschlusses der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.1998“:
- Teil 1: Änderung von Leistungen (Anlage 1 und 3, Beschluss der L.R. 2568/1998);
 - Teil 2: Einführung von neuen Leistungen (Anlage 1 und 3, Beschluss der L.R. 2568/1998);
 - Teil 3: Einführung/Änderung der Bemerkungen (Anlage 2, Beschluss der L.R. 2568/1998);
3. ab dem 01.03.2019 bleiben die schon vorher verschiebenden Leistungen und die jeweilige Ticketbefreiung für weitere zwei Monate gültig;
4. festzuhalten, dass die Mehrausgabe aufgrund der gegenständlichen Maßnahme durch die Mittel auf Kapitel U13011.0000 des Verwaltungshaushaltes 2019-2021 gedeckt wird;
5. gegenständliche Maßnahme mit 01.03.2019 in Kraft tritt;
6. dem Sanitätsbetrieb die am Tarifverzeichnis und an den ticketbefreiten Leistungen durchzuführenden Änderungen zu übermitteln, welche in gegenständlicher Maßnahme vorgesehen sind. Der Sanitätsbetrieb wird aufgefordert, die Änderungen allen beteiligten internen und externen Diensten mitzuteilen;
7. diesen Beschluss im Amtsblatt der Region Trentino-Südtirol zu veröffentlichen.
- dell'Allegato 10C – DPCM 12 gennaio 2017);
- Parte 2 – Protocollo di accesso allo screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio cromosomico (punto 1 All. 10C - DPCM 12 gennaio 2017);
- e) Allegato 3: “Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G. P. n. 2568 del 15/06/1998”:
- Parte 1: Modifica prestazioni (Allegati 1 e 3, DGP 2568/1998);
 - Parte 2: Nuovi inserimenti di prestazioni (Allegati 1 e 3, DGP 2568/1998);
 - Parte 3: Inserimento/modifica note (Allegato 2, DGP 2568/1998);
3. a decorrere dal 01.03.2019 restano comunque valide per la durata di due mesi le prestazioni con le relative esenzioni prescritte in precedenza su ricetta rossa;
4. di dare atto che le maggiori spese derivanti dal presente provvedimento sono coperte dai fondi previsti sul capitolo U13011.0000 del bilancio finanziario gestionale 2019-2021;
5. di disporre che il presente provvedimento trovi applicazione a decorrere dal 01.03.2019;
6. di trasmettere all'Azienda sanitaria le modifiche da apportare al nomenclatore tariffario e alle prestazioni esenti da compartecipazione previste dal presente provvedimento. L'Azienda dovrà comunicare le suddette modifiche a tutti i servizi interni ed esterni interessati;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

II SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Anlage 1

Leitlinien für die korrekte Interpretation der Anlagen 2A, 2B, 2C und Kriterien für die Anwendung der Ticketbefreiungen

Die **Anlagen 2A, 2B und 2C**, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, enthalten die durch das Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017 eingeführten wesentlichen Betreuungsstandards in den Anlagen 10A, 10B, 10C und bestimmen weitere Bedingungen und Leistungen, welche die Autonome Provinz Bozen für schwangere Frauen und zum Mutterschutz ohne Kostenbeteiligung anbietet.

Das Inkrafttreten der darin enthaltenen Ticketbefreiungen ist für 01.03.2019 vorgesehen, wenn auch gemäß Gesetz der L.R. 682/2018, das Codierungssystem der Ticketbefreiungen nach den nationalen Richtlinien im MD vom 17.03.2008 in Kraft tritt und somit den zurzeit auf Landesebene geltenden Befreiungscode L9 ersetzt.

Die folgenden Absätze beschreiben den Inhalt der oben genannten Anlagen und die Regeln für die Anwendung der Ticketbefreiungen.

TEIL 1: Inhalt der Anlagen 2A und 2B

Die Übernahme der neuen Leistungen und der neuen Codes für fachärztliche ambulante Medizin gemäß Anlagen 10A und 10B – DPMR vom 12. Januar 2017, ist gemäß Art. 64, Absatz 2 desselben DPMR, von der Genehmigung durch das Dekret des Gesundheitsministeriums des neuen Tarifverzeichnisses der ambulanten Fachmedizin bedingt.

Um den Inhalt der oben genannten Anlagen 10A und 10B zu gewährleisten, ist es daher nötig, die neuen Codes der ticketbefreiten Leistungen den im derzeitigen Landestarifverzeichnis enthaltenen Codes zu vereinen zuzuweisen (Dekret der L.R. 2568/1998 in geltender Fassung); Aus der Analyse des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades des Autonomen Provinz Bozen entstehen außerdem Leistungen, die nicht mit den derzeit auf Landesebene bestehenden Code zurückzuführen sind und diese deshalb neu eingeführt werden (siehe Anlage 3 für die Einführung in das Landestarifverzeichnis, Beschluss der L.R. Nr. 2568/1998)

Daher sehen die Anlagen 2A und 2B jene Leistungen vor, welche die **Autonome Provinz Bozen vom 01.03.2019 ohne Kostenbeteiligung** anbietet, sowohl für die präkonzeptionelle Phase (Anlage 2A), als auch während der physiologischen Schwangerschaft (Anlage 2B).

Die Anlagen 2A und 2B sind folgendermaßen aufgebaut:

- Spalte „DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄSS DPMR 12.01.2017“ enthält die Codes des derzeit geltenden Leistungskatalogs, die es ermöglichen, den Inhalt der neuen WBS Leistungen umzusetzen. **Diese bleiben noch in Kraft, bis das Ministerium die Höchsttarife der Leistungen und deren Umsetzung auf Landesebene genehmigt;**
- Spalte „Anmerkungen“ enthält die in der präkonzeptionellen Phase oder während der physiologischen Schwangerschaft vorgesehenen Indikationen zur angemessenen Therapie.

- Spalte "Bedingungen": enthält die in der präkonzeptionellen Phase oder während der physiologischen Schwangerschaft vorgesehenen Erbringbarkeitsbedingungen.
- Spalte „Befreiungscode“ enthält die Befreiungscodes für jede Leistung (mit dem neuen Codierungssystem der Ticketbefreiungen, das ab dem 01.03.2019 startet), in der präkonzeptionellen Phase (M00) und während der physiologischen Schwangerschaft (M + nn Schwangerschaftswoche). Jedenfalls werden für Frauen, die nach der 13. Woche vorstellig werden, auch fachärztliche Leistungen für frühere Phasen der Schwangerschaft gewährleistet (falls angemessen), sowie jene Leistungen, die sich auf die laufende Schwangerschaftswoche beziehen (M99).
- Spalte „NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄSS DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017)“: enthält die Codes im neuen nationalen Leistungskatalog, die **in Kraft treten, nachdem das Ministerium die Höchstarife der Leistungen und deren Umsetzung auf Landesebene genehmigt**;
- Spalte „NATIONALER WBS (N)/ZUSÄTZLICHER WBS“ - Legt fest, ob die erbrachten Leistungen ticketbefreit bzw. die Erbringbarkeitsbedingungen und Indikationen zur angemessenen Therapie durch den auf nationaler Ebene gewährleisteten Betreuungspfad vorgesehen sind, oder ob es sich um zusätzliche Betreuungsstandards handelt, die in Südtirol außer den **wesentlichen Betreuungsstandards** zusätzlich erbracht werden.

Jedenfalls sind, gemäß Absatz 1, Art. 59 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017, periodische geburtshilfliche und gynäkologische Untersuchungen, Geburtshilfeskurse sowie Betreuung im Wochenbett von der Kostenbeteiligung ausgeschossen.

Folgend wird der Zusammenhang zwischen den im Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017 angegebenen Leistungen und jenen im derzeitigen Landestarifverzeichnis dargestellt:

Code derzeitiges LTV*	Beschreibung derzeitiges LTV	Code neue WBS**	Beschreibung neue WBS
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. Gynäkologische Beratung: präkonzeptionell, onkologisch, bei Klimakterium, postchirurgisch, pränatal, NNB. Ostetrische Konsulenz bei Risikoschwangerschaft, bei Fertilitätsproblemen und endokrinen Problemen. Genetische Konsulenz. Klinische neuropsychologische Verhaltensprüfung: bei Sprachstörungen, bei Intelligenzabbau, Neglektuntersuchung, psychodiagnostische Untersuchung. Visite für Überwachung der Antikoagulantientherapie	89.26.2	GYNÄKOLOGISCHE KONTROLLVISITE Inbegriffen: evtl. Materialentnahme für Zytologie, evtl. Entfernung eines IUD, evtl. Fremdkörperextraktion aus der Vagina, ohne Inzision, evtl. Angaben zur Schwangerschaft
91.48.4	MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE		
89.01	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite.	89.26.4	GEBURTSHILFLICHE KONTROLLVISITE Inbegriffen: evtl. Materialentnahme für

	Gynäkologische Beratung: präkonzeptionell, onkologisch, bei Klimakterium, postchirurgisch, pränatal, NNB. Ostetrische Konsulenz bei Risikoschwangerschaft, bei Fertilitätsproblemen und endokrinen Problemen. Genetische Konsulenz. Klinische neuropsychologische Verhaltensprüfung: bei Sprachstörungen, bei Intelligenzabbau, Neglektuntersuchung, psychodiagnostische Untersuchung. Visite für Überwachung der Antikoagulantientherapie		Zytologie. Nicht vereinbar mit 89.26.2. GYNÄKOLOGISCHE KONTROLLVISITE
91.48.4	MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE		
93.37	PRÄNATALES TRAINING - Psychophysisches Training für eine natürliche Geburt [Autogenes Atemtraining, Gymnastik des Beckenbodens]. Gesamte Behandlung (6 Sitzungen von 120 Minuten oder 12 Sitzungen von 60 Minuten)	93.37	PRÄNATALES TRAINING. Psychophysisches Training für eine natürliche Geburt. Pro Gruppensitzung. Zyklus von 12 Sitzungen
94.09	KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE BEURTEILUNG	94.09	KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE BEURTEILUNG

* derzeit geltende und verwendbare Codes auf Landesebene bis zum Inkrafttreten der neuen WBS des DPMR vom 12. Januar 2017

** noch nicht verwendbare Leistungscodes gemäß DPMR 12.01.2017

Gemäß Absätze 3, 4, 5 und 6 von Art. 59 des DPMR vom 12. Januar 2017 sind neben den Leistungen unter Anlage 10A von der Kostenbeteiligung die vom Facharzt verschriebenen ambulanten fachärztlichen Leistungen von der Kostenbeteiligung ausgenommen, die für die Untersuchung eventueller Zeugungsrisiken nötig sind, die in Verbindung mit einem pathologischen Zustand oder einem genetischen Risiko stehen, sowie die notwendigen und angemessenen Leistungen bei einem drohenden Schwangerschaftsabbruch, oder für die Überwachung des Schwangerschaftsverlaufes und für die Erkennung einer Gefahr für Mutter und Fötus. Für die Leistungen im Zusammenhang mit der Risikobewertung und anschließender pränataler Diagnose wird auf Anlage 2C verwiesen. Die oben genannten Leistungen sind ab 01.03.2019 mit Befreiungscode M50 verschreibbar.

TEIL 2: Erbringungskriterien der Leistungen gemäß Anlagen 2A und 2B bei interregionaler Patientenmobilität

Alle nationalen ticketbefreiten Leistungen für Patienten im Nationalen Gesundheitsdienst, welche außerhalb der Autonomen Provinz Bozen ansässig sind, richten sich nach den Bestimmungen des Interregionalen Abkommens über die Verrechnung der Patientenmobilität.

Die ticketbefreiten Leistungen, die von der Autonomen Provinz Bozen **zusätzlich zu den Betreuungsstandards** (Spalte „NATIONALER WBS (N)/ZUSÄTZLICHER WBS“) an außerhalb Südtirol wohnhafte Patienten im Nationalen Gesundheitsdienst erbracht werden, richten sich ebenfalls nach den geltenden Bestimmungen des Interregionalen Abkommens über die Verrechnung der Patientenmobilität.

TEIL 3: Anlage 2C und Erbringungskriterien der Leistungen bei interregionaler Patientenmobilität

Anlage 2C enthält die Zugangskriterien und die Durchführung des Gentests gemäß Teil 1 Anlage 10C des DPMR vom 12. Januar 2017.

Allegato 1

Linee guida per la corretta interpretazione degli Allegati 2A, 2B, 2C e criteri di applicazione delle esenzioni

Gli **Allegati 2A, 2B e 2C**, parte integrante della presente deliberazione, recepiscono i livelli essenziali introdotti dal DPCM 12 gennaio 2017, Allegati 10A, 10B, 10C e dettano ulteriori condizioni e prestazioni che la Provincia Autonoma di Bolzano intende garantire in esenzione alle donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.

L'entrata in vigore delle esenzioni ivi contenute decorre dal 01.03.2019, data nella quale, ai sensi della DGP 682/2018, entrerà in vigore il sistema di codifica delle esenzioni secondo le linee guida nazionali DM 17.03.2008 che sostituirà così il codice di esenzione L9 vigente attualmente a livello provinciale.

I paragrafi seguenti descrivono il contenuto degli allegati sopracitati e le regole di applicazione delle esenzioni.

PARTE 1 : Contenuto degli Allegati 2A e 2B

Il recepimento delle nuove prestazioni e dei nuovi codici di specialistica ambulatoriale di cui agli Allegati 10A e 10B - DPCM 12 gennaio 2017 è subordinato, ai sensi dell'art. 64, comma 2, del medesimo DPCM, all'approvazione del nuovo nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale che sarà approvato con Decreto del Ministero della Salute.

Occorre pertanto, al fine di garantire il contenuto dei richiamati Allegati 10A e 10B, ricondurre i nuovi codici delle prestazioni poste in esenzione a quelli presenti nell'attuale nomenclatore tariffario provinciale (DGP 2568/1998 e ss. modifiche ed integrazioni); dall'analisi del Percorso Diagnostico Terapeutico della Provincia Autonoma di Bolzano derivano inoltre prestazioni che non sono riconducibili ad alcun codice attualmente vigente pertanto si opta per il loro inserimento (si rinvia all'Allegato 3 per l'inserimento nel nomenclatore provinciale, DGP n. 2568/1998).

Ciò premesso gli Allegati 2A e 2B prevedono le prestazioni che **la Provincia Autonoma di Bolzano offre in esenzione a decorrere dal 01.03.2019** rispettivamente in fase preconcezionale (Allegato 2A) e nel corso della gravidanza fisiologica (Allegato 2B).

Gli allegati 2A e 2B sono così strutturati:

- Colonna "CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017": contiene i codici presenti nell'attuale nomenclatore che permettono di garantire il contenuto delle nuove prestazioni LEA **in vigore sino all'approvazione da parte del Ministero delle tariffe massime delle prestazioni e relativo recepimento a livello provinciale;**
- Colonna "Note": rappresentano indicazioni di appropriatezza terapeutica previste in fase preconcezionale o nell'ambito del percorso della gravidanza fisiologica;
- Colonna "Condizioni": rappresentano condizioni di erogabilità previste in ambito preconcezionale o nell'ambito del percorso della gravidanza fisiologica;
- Colonna "Codice esenzione": riporta per ogni prestazione i codici che danno diritto all'esenzione (tramite il nuovo sistema di codifica delle esenzioni che decorre dal

01.03.2019) in fase preconcezionale (M00) e nel corso della gravidanza fisiologica (M + nn settimana di gravidanza). Sono comunque garantite alle donne che si presentano dopo la 13° settimana le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione (quando appropriate) sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso (M99);

- Colonna “CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI”: contiene i codici presenti nel nuovo nomenclatore nazionale che entreranno **in vigore solo a seguito di approvazione da parte del Ministero delle tariffe massime delle prestazioni e relativo recepimento a livello provinciale**;
- Colonna “LEA NAZIONALE (N) / LEA AGGIUNTIVO” : definisce se le prestazioni poste in esenzione e/o le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza terapeutica sono previste dal percorso garantito a livello nazionale o se queste rappresentano **livelli aggiuntivi** che la Provincia di Bolzano intende garantire oltre i livelli essenziali di assistenza.

Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi del comma 1, art. 59 DPCM 12 gennaio 2017, le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita nonché l’assistenza in puerperio. L’associazione tra le prestazioni elencate nel DPCM 12 gennaio 2017 e quelle attualmente presenti nel nomenclatore provinciale è di seguito riportata:

Codice Attuale NTP*	Descrizione attuale NTP*	Codice nuovi LEA**	Descrizione nuovi LEA**
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima. Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS. Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia. Consulenza genetica. Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettuale, esame del Neglect, esame psicodiagnostico. Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO		
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima. Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS. Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia. Consulenza genetica. Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettuale, esame del Neglect, esame	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO

	psicodiagnostico. Visita di sorveglianza terapia anticoagulante		
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO		
93.37	TRAINING PRENATALE - Training psico-fisico per il parto naturale [ginnastica pelvica, training autogeno respiratorio]. Intero trattamento (6 sedute di 120 minuti o 12 sedute da 60 minuti)	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO

* codici provinciali in vigore da utilizzare sino all'entrata in vigore dei nuovi LEA previsti dal DPCM 12.01.2017

** codici prestazione ai sensi del DPCM 12.01.2017 non ancora utilizzabili

Ai sensi dei commi 3, 4, 5 e 6 dell'art. 59 DPCM 12 gennaio 2017 sono escluse dalla partecipazione al costo oltre alle prestazioni previste agli allegati 10A e 10B anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie ed appropriate per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o rischio genetico, nonché le prestazioni necessarie ed appropriate in caso di minaccia d'aborto o per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza e l'individuazione del rischio materno o fetale.

Per le prestazioni correlate alla valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale si rinvia all'Allegato 2C.

Le prestazioni sopra menzionate sono da prescrivere a decorrere dal 01.03.2019 con il codice esenzione M50.

PARTE 2 : Criteri di erogazione delle prestazioni di cui agli Allegati 2A e 2B in mobilità sanitaria interregionale

Tutte le prestazioni esenti a livello nazionale erogate ad assistiti del Servizio sanitario nazionale residenti al di fuori della Provincia Autonoma di Bolzano seguono le regole definite dall'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria vigente.

Le prestazioni esenti che costituiscono per la Provincia Autonoma di Bolzano **livello aggiuntivo** (Colonna "LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO") erogate ad assistiti del Servizio sanitario nazionale residenti al di fuori della Provincia Autonoma di Bolzano seguono altresì le regole definite dall'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria vigente.

PARTE 3 : Allegato 2C e criteri di erogazione delle prestazioni in mobilità sanitaria interregionale

In merito ai criteri di accesso e di erogazione del test genetico ai sensi del punto 1 Allegato 10C DPCM 12 gennaio 2017 si rinvia all'Allegato 2C.

ZWECKS FRUCHTBARKEITSUNTERSUCHUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUM SCHUTZE DER VERANTWORTUNGSBEWUSSTEN MUTTERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

1. Fachleistungen für die Frau - Prestazioni specialistiche per la donna

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESEZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
89.26	GYNÄKOLOGISCHE VISITE - Geburtshilfliche-gynäkologische/androgische Visite. Beckenaustastung	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica. Esame pelvico					M00	89.26.1	GYNÄKOLOGISCHE ERSTVISITE Inbegriffen: evtl. Materialentnahme für Zytologie, evtl. Angaben für antikonzeptionelle und präkonzeptionelle Maßnahme. Nicht vereinbar mit 89.26.3 GEBURTSHILFLICHE ERSTVISITE	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	N
91.48.4	MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE	PRELIEVO CITOLOGICO									
90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter Coombs-Test]	ANTICORPI ANTI ERITROCI [Test di Coombs indiretto]					M00	90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter CoombsTest]	ANTICORPI ANTI ERITROCI [Test di Coombs indiretto]	N
91.26.4	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgM	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM					M00	91.26.D	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG und IgM bei Verdacht auf akute Infektion. Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhafte.	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.26.4	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgM	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM					M00	91.26.E	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG zur Kontrolle des Immunstatus	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	N
90.62.2	BLUTBILD	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.					M00	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND DIFFERENTIALE LEUKOZYTENZÄHLUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	N
90.66.5	BESTIMMUNG DER ABNORMALEN HÄMOGLOBINE (HbS, HbD, HbH, usw.)	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)					M00	90.66.7	HGB - HÄMOGLOBIN Dosierung der Fraktionen (HbA2, HbF, abnormale Hb)	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	N
90.66.3	HÄMOGLOBIN A2	Hb - EMOGLOBINA A2									
90.66.4	FETALE HÄMOGLOBIN (Dosierung)	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)									
91.38.5	ZERVIX - VAGINAL ABSTRICH [PAP-Test]	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	Falls nicht im Rahmen der Screening-Programme durchgeführt	Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening			M00	91.38.5	ELEKTRONENMIKROSKOPISCHER HISTO-VAGINAL - ABSTRICH [Gewöhnlicher PAP-Test]	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale]	N
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.					M00	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

ZWECKS FRUCHTBARKEITSUNTERSUCHUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUM SCHUTZE DER VERANTWORTUNGSBEWUSSTEN MUTTERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

2. Fachleistungen für den Mann - Prestazioni specialistiche per l'uomo

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER <u>NOCH NICHT</u> VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
90.62.2	BLUTBILD	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.			<i>Bei heterozygoter Frau wegen Hämoglobinopathien</i>	<i>In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie</i>	M00	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND DIFFERENTIALE LEUKOZYTENZÄHLUNG Hb, RBC, WBC, HCT, HCT, PLT, IND. DIFF. Einschließl evtl. mikroskopische Untersuchung	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	N
90.66.5	BESTIMMUNG DER ABNORMALEN HÄMOGLOBINE (HbS, HbD, HbH, usw.)	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)			<i>Bei heterozygoter Frau wegen Hämoglobinopathien</i>	<i>In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie</i>	M00	90.66.7	HGB - HÄMOGLOBIN Dosierung der Fraktionen (HbA2, HbF, abnormale Hb)	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	N
90.66.3	HÄMOGLOBIN A2	Hb - EMOGLOBINA A2									
90.66.4	FETALE HÄMOGLOBIN (Dosierung)	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)									
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta paziente TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.			<i>Bei heterozygoter Frau wegen Hämoglobinopathien</i>	<i>In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie</i>	M00	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

ZWECKS FRUCHTBARKEITSUNTERSUCHUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUM SCHUTZE DER VERANTWORTUNGSBEWUSSTEN MUTTERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

3. Fachleistungen für das Paar - Prestazioni specialistiche per la coppia

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESEZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER <u>NOCH NICHT</u> VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
91.22.4	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI									
91.23.3	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIGEN P24 (E.I.A.)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)					M00	91.23.F	ERWORBENE IMMUNODEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evt. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Probe zur Bestätigung) NNB	VIRUS IMMUNODEFIZIENZA 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	N
91.22.5	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Probe zur Bestätigung)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)									
90.65.3	BLUTGRUPPE ABO und Rh (D)	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)					M00	90.65.3	BLUTGRUPPE ABO (Agglutinogene und Agglutinine) und Rh (D)	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	N
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (E.I.A.)	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)									
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER [Quantitativer Nachweis mit passiver Hämagglutination] [TPHA]	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]					M00	91.10.B	TREPONEMA-PALLIDUM. Serologischer Nachweis von Syphilis. Antikörper EIA/CLIA und/oder TPHA [TPPA] plus VDRL [RPR]. Inbegriffen: evt. Titrierung und Immunoblotting	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.	N
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER ANTICARDIOLIPIN (Flockungsreaktion) [VDRL] [RPR]	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocclazione) [VDRL] [RPR]									
90.85.8	BAKTERIEN - IMMUNOBLOTTING IgG oder IgM - NNB	BATTERI - IMMUNOBLOTTING IgG o IgM - NAS									
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.					M00	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

ZWECKS FRUCHTBARKEITUNTERSUCHUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUM SCHUTZE DER VERANTWORTUNGSBEWUSSTEN MUTTERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

4. Nach zwei hintereinanderfolgenden Fehlgeburten oder vorhergehenden Schwangerschaftskrankheiten mit perinatalem Tod, oder bei positiver familiärer Anamnese für Erbkrankheiten, auf Verschreibung des Gynäkologen oder des Genetikers -
Dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiari positiva per patologie ereditarie, su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESEZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 ¹ NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10A DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 ¹ NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10A DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
89.7	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02)	VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)			Dem Paar	Alla coppia	M00	89.7B.1	GENETISCHE ERSTVISITE. Fachärztliche genetische Visite mit objektiver Untersuchung, Bewertung der jüngsten und ältesten klinischen Unterlagen. Inbegriffen: Erstgespräch, persönliche und familiäre Anamnese, Erstellung eines Familienstammbaumes väterlicher- und mütterlicherseits über 3 Generationen. Konsultation spezifischer wissenschaftlicher Literatur und Datenbanken zur klinischen Genetik. Erstellung einer hypothetischen Diagnose. Wahl eines angemessenen genetischen Tests. Erklärung der Vor- und Nachteile genetischer Tests und informierten Zustimmung. Verfassung des klinischen Berichts. Ausgenommen: Multidisziplinäre Visite 89.07	PRIMA VISITA DI GENITICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	N
91.31.2	KARYOTYP AUS LYMPHOZYTEN METAPHASEN - 1 Bänderungstechnik (Auflösung von mindestens 320 Banden)	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)			Dem Paar - Die Leistung bezieht sich auf Pathologien wie in Anlage 4 GEN Spalte B und Spalte C mit demselben Code angegeben. Zur Bestimmung der einzelnen Gene wird für Spalte A auf die in der Orphanet-Datenbank und deren Aktualisierungen angegebenen Gene, einer auf europäischer Ebene informativen Bezugsquelle für seltene Krankheiten, mit diagnostischem Wert für Spalte B und auf die in Spalte C angegebenen Gene Bezug genommen (Anmerkung 93, Anlage 4 "Fachärztliche ambulanten Leistungen", DPMR 12.01.2017).	Alla coppia. - La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna B e Colonna C con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, si fa riferimento a quelli riportati nella Banca dati Orphanet, e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, con valore diagnostico per la Colonna B e ai singoli geni indicati nella Colonna C (Nota 93 Allegato 4 "Prestazioni di assistenza specialistica", DPCM 12.01.2017)	M00	G2.01	ZYTOGENETISCHER NACHWEIS NACH DER GEBURT. Analyse des Karyotyps. Inbegriffen: Lymphozyten-Kultur mit Mitogenen, Differentialfärbungen und evt. Mosaikanalyse	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo	N
88.78.2	GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: evt. Echocolor Doppler. Nicht vereinbar mit 88.75.1 und 88.76.1	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	Der technische Standard ist durch Hochfrequenz-Endovaginalsonde (≥ 5 MHz) dargestellt. Der transabdominelle Weg wird zusätzlich oder im Fall, dass der Zugang über die Scheide nicht möglich ist, eingeschränkt.	Lo standard tecnico è rappresentato dalle sonde endovaginali ad alta frequenza (≥ 5 MHz). La via transaddominale è limitata ai fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale.	Dem Paar	Alla coppia	M00	88.78.2	GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: evt. Echocolor Doppler. Nicht vereinbar mit 88.75.1 und 88.76.1	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N
68.12.1	HYSTEROSKOPIE - Ausgenommen: Biopsie mit Bougierung des Zervikalkanals	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale			Dem Paar	Alla coppia	M00	68.12.1	DIAGNOSTISCHE HYSTEROSKOPIE MIT ODER OHNE ENDOMETRIUMBIOPSIE	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	N
68.16.1	BIOPSIE AUS DEM CAVUM UTERI - Endoskopische [hysteroskopische] Biopsie des Endometriums - Ausgenommen: Biopsie mit Bougierung des Zervikalkanals	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell'endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale			Dem Paar	Alla coppia	M00	68.16.1	ENDOMETRIUMBIOPSIE. Nicht vereinbar mit 68.12.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE Non associabile a 68.12.1	N

ZWECKS FRUCHTBARKEITSUNTERSUCHUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUM SCHUTZE DER VERANTWORTUNGSBEWUSSTEN MUTTERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

90.46.5	LUPUS LIKE ANTIKÖRPER (LAK) MIT FSL	LUPUS LIKE ANTIKÖRPER (LAK) MIT FSL			Dem Paar	Alla coppia	M00	90.46.5	LUPUS-ANTIKOAGULANS (LAK)	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)	N
90.47.5	ANTICARDIOLIPIN ANTIKÖRPER (IgG, IgA, IgM)	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)			Dem Paar	Alla coppia	M00	90.47.5	ANTIKARDIOLIPIN ANTIKÖRPER [IgG, IgM und evt. IgA]	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	N
90.51.4	ANTI MIKROSOMEN ANTIKÖRPER (Ab TMS) ODER ANTITIREOPEROSSIDASE (AbTPO)	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)			Dem Paar - Nicht bei bereits diagnostizierter Positivität verschreibbar	Alla coppia - Non prescrivibile in caso di positività già accertata	M00	90.51.4	ANTI-THYREPEROXIDASEANTI-KÖRPER (TPO-AK) Nicht bei bereits diagnostizierter Positivität verschreibbar	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO) Non prescrivibile in caso di positività già accertata	N
90.51.5	ANTI MIKROSOMEN ANTIKÖRPER (LEBER UND NIERE)	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)			Dem Paar	Alla coppia	M00	90.51.5	ANTI-LEBER-NIEREN- MIKROSOMEN- ANTIKÖRPER (LKMA)	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	N
90.54.4	ANTI-THYREOGLOBULIN ANTIKÖRPER (AbTg)	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)			Dem Paar	Alla coppia	M00	90.54.4	ANTI-THYREOGLOBULIN-ANTI-KÖRPER (TAK)	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	N
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.			Dem Paar	Alla coppia	M00	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

¹ Diese Codes treten in Kraft, sobald das Gesundheitsministerium das Dekret mit den Höchsttarifen der Leistungen, die durch das DPMR 12.01.2017 in Artikel 64 Absatz 2 geregelt sind, veröffentlicht und im nachdem die Autonome Provinz Bozen das genannte Dekret umsetzt

¹ Questi codici entreranno in vigore non appena il Ministero della Salute pubblicherà il Decreto contenente le tariffe massime delle prestazioni come disciplinate dal DPCM 12.01.2017 all'articolo 64 comma 2 e a seguito del recepimento del suddetto Decreto da parte della Provincia Autonoma di Bolzano

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

Zu Beginn der Schwangerschaft, wenn möglich im **ERSTEN TRIMESTER** (innerhalb von 13 Wochen + 6 Tage), und jedenfalls anlässlich der ersten Kontrolle:
All'inizio della gravidanza, possibilmente nel **PRIMO TRIMESTRE** (entro 13 settimane + 6 gg.), e comunque al primo controllo:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10B DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10B DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 10B DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 10B DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
89.26	GYNÄKOLOGISCHE VISITE - Geburtshilfliche-gynäkologische/androgische Visite. Beckenaustastung	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica. Esame pelvico					M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	89.26.3	GEBURTSHILFLICHE ERSTVISITE. Inbegriffen: evt. Materialentnahme für Zytologie. Nicht vereinbar mit 89.26.1 GYNÄKOLOGISCHE ERSTVISITE	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	N
91.48.4	MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE	PRELIEVO CITOLOGICO									
90.62.2	BLUTBILD	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.					M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND DIFFERENTIALE LEUKOZYTENZÄHLUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. DIFF. Einschließlich evt. mikroskopische Untersuchung	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	N
90.66.5	BESTIMMUNG DER ABNORMALEN HÄMOGLOBINE (HbS, HbD, HbH, usw.)	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)		Falls nicht als präkonzeptionelle Maßnahme vorgenommen.	Qualora non eseguita in funzione preconcezionale.		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.66.7	HGB - HÄMOGLOBIN Dosierung der Fraktionen (HbA2, HbF, anormale Hb)	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	N
90.66.3	HÄMOGLOBIN A2	Hb - EMOGLOBINA A2									
90.66.4	FETALE HÄMOGLOBIN (Dosierung)	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)									
90.65.3	BLUTGRUPPE ABO und Rh (D)	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)		Falls nicht als präkonzeptionelle Maßnahme vorgenommen.	Qualora non eseguita in funzione preconcezionale.		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.65.3	BLUTGRUPPE ABO (Agglutinogene und Agglutinine) und Rh (D)	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	N
90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter Coombs-Test]	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		Bei allen Frauen in der 28. Woche zu wiederholen	Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter CoombsTest]	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	N
90.27.1	GLUKOSE [S/P/H/IH/Fw]	GLUCOSIO [S/P/U/du/La]	Aufgrund der Richtlinien über die physiologische Schwangerschaft, Stand 2011.	Seconda Linea Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011.			M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.27.1	GLYKOSE	GLUCOSIO	N
91.26.4	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgM	VIRUS ROSOLIA ANTIKORPI IgG o IgM		Bei negativem Befund innerhalb der 17. Woche wiederholen	Da ripetere entro la 17ª settimana in caso di negatività		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	91.26.D	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG und IgM bei Verdacht auf akute Infektion. Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft.	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXD, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXD, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.26.4	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgM	VIRUS ROSOLIA ANTIKORPI IgG o IgM		Bei negativem Befund innerhalb der 17. Woche wiederholen	Da ripetere entro la 17ª settimana in caso di negatività		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	91.26.E	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG zur Kontrolle des Immunstatus	VIRUS ROSOLIA ANTIKORPI IgG per controllo stato immunitario	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXD, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXD, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTIKORPI IgG o IgM (E.I.A.)		Bei negativem Befund alle 4-6 Wochen wiederholen	Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI-KÖRPER IgG und IgM Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evt. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTIKORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG und IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTIKORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (E.I.A.)	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKORPI (E.I.A.)									
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (Quantitativer Nachweis mit passiver Hämagglutination) [TPHA]	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]									
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER ANTICARDIOLIPIN (Flocculationsreaktion [VDRL] [RPR])	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]					M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	91.10.B	TREPONEMA-PALLIDUM. Serologischer Nachweis von Syphilis. Antikörper EIA/CLIA und/oder TPHA [TPPA] plus VDRL [RPR]. Inbegriffen: evt. Titrierung und Immunoblotting	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione. Incluso: eventuale immunoblotting.	N
90.85.8	BAKTERIEN - IMMUNOBLOTTING IgG oder IgM - NNB	BATTERI - IMMUNOBLOTTING IgG o IgM - NAS									
91.22.4	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTIKORPI									
91.23.3	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIGEN P24 (E.I.A.)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)		Falls nicht in den vorangehenden drei Monaten durchgeführt	Qualora non eseguita nei tre mesi precedenti		M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	91.23.F	ERWORBENE IMMUNODEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2] COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evt. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Probe zur Bestätigung) NNB	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2] TEST COMBINATO ANTIKORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	N
91.22.5	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Probe zur Bestätigung)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTIKORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)									
90.44.3	KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO					M04; M05; M06; M07; M08; M09; M10; M11; M12; M13	90.44.3	URIN - GESAMTUNTERSUCHUNG Inbegriffen: Urinsediment	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	N

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTOIM ZWEITEN TRIMESTER:
Nel SECONDO TRIMESTRE:ab 14 Wochen + 0 Tage bis 18 Wochen + 6 Tage:
da 14 settimane + 0 gg. a 18 settimane + 6 gg.:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 ¹ / NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
90.43.1	SCREENING AUF NEONATALE ANOMALIEN IN MUTTERLICHEN SERUM (B-Test, Tri-test) nicht vereinbar mit: Alfa 1 Fetoprotein, Chorion Gonadotropin, unkonjugiertes Estriol und schwangerschaftsspezifisches plazentares Glykoprotein	SCREENING ANOMALIE NEONATALI SU SIERO MATERNO (B-test, Tri-test), non associabile a: alfa 1 feoproteina, gonadotropina corionica, estriolo non coniugato e glicoproteina placentare gravidanza specifica			<i>Nur wenn es nicht möglich war, vorher den Kombinierten Test + NT durchzuführen</i>	<i>Solo se non è stato possibile eseguite precedentemente l'esame Test combinato + TN</i>	M14; M15; M16; M17; M18	90.17.8	TRIPLE-TEST: ALPHA - FETOPROTEIN (AFP), GESAMT-HCG ODER FREIE FRAKTION, ÖSTRIOL (E3) FRÜHERKENNUNG VON CHROMOSOMENSTÖRUNGEN UND NEURALROHRDEFEKTE (2. Trimester)	TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre)	N
90.26.4	GLUKOSE (Belastungsprobe 3 Tests)	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	<i>Nach den Richtlinien zur physiologischen Schwangerschaft, Aktualisierung 2011</i>	<i>Secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011</i>	<i>Mit 75 g Glukose (OGTT 75 g) und nur bei vorliegenden Risikofaktoren</i>	<i>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischi</i>	M14; M15; M16; M17; M18	90.26.5	GLYKOSE Mehrfachdosierung nach Belastung (von 2 bis 4 Tests). Inbegriffen: Bestimmung der Grundglykose 90.27.1	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa: Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N
91.26.4	VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG oder IgM	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM							VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG und IgM bei Verdacht auf akute Infektion. Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft.	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo			<i>Im Fall einer Seronegativität</i>	<i>In caso di sieronegatività.</i>	M14; M15; M16; M17	91.26.D			N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									N
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.)			<i>Im Fall einer Seronegativität</i>	<i>In caso di sieronegatività.</i>	M14; M15; M16; M17; M18	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI KÖRPER IgG und IgM. Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evt. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									N
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.					M14; M15; M16; M17; M18	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTOab 19 Wochen + 0 Tage bis 23 Wochen + 6 Tage:
da 19 settimane + 0 gg. a 23 settimane + 6 gg.:

LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N- ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.)			<i>Im Fall einer Sieronegativität</i>	<i>In caso di sieronegatività</i>	<i>M19; M20; M21; M22; M23</i>	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI-KÖRPER IgG und IgM Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evt. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									
88.78.3	MORPHOLOGISCHER GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL. Nicht vereinbar mit 88.75.1 ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES. Nicht vereinbar mit 88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78	<i>Anmerkung R: Darf nur in Einrichtungen mit den nötigen Vorrichtungen erbracht werden</i>	<i>Nota R: Eragabile solo dalle strutture dotate di apposita apparecchiatura</i>	<i>Ausschließlich zwischen der 19. Woche + 0 Tage und der 21. Woche + 6 Tage</i>	<i>Da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0</i>	<i>M19; M20</i>	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78	N
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundaufgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.			<i>Nur dann zu erbringen, falls der Toxo Test durchzuführen ist</i>	<i>Da erogare solo qualora sia indicato eseguire il Toxo-Test</i>	<i>M19; M20; M21; M22; M23</i>	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

ab 24 Wochen + 0 Tage bis 27 Wochen + 6 Tage:
da 24 settimane + 0 gg. a 27 settimane + 6 gg.:

LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N- ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.)			<i>Im Fall einer Sieronegativität</i>	<i>In caso di sieronegatività.</i>	<i>M24; M25; M26; M27</i>	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI-KÖRPER IgG und IgM Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evt. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									
90.26.4	GLUKOSE (Belastungsprobe 3 Tests)	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	<i>Nach den Richtlinien zur physiologischen Schwangerschaft, Aktualisierung 2011</i>	<i>Seconda Linea Guida sulla gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011</i>	<i>Mit 75 g Glukose (OGTT 75 g) und nur bei vorliegenden Risikofaktoren</i>	<i>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischi</i>	<i>M24; M25; M26; M27</i>	90.26.5	GLYKOSE Mehrfachdosierung nach Belastung (von 2 bis 4 Tests). Inbegriffen Bestimmung der Grundglykose 90.27.1	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N
90.44.3	KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO					<i>M24; M25; M26; M27</i>	90.44.3	URIN - GESAMTUNTERSUCHUNG Inbegriffen: Urinsediment	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	N
90.94.2	KULTUR UNTERSUCHUNG DES HARNES [HARNKULTUR] - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen - Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung	ESAME CULTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microorganismi e lieviti patogeni - Incluso: conta batterica			<i>Im Fall von erheblicher Bakteriurie oder Leukozyturie und/oder anderer Anzeiger einer Harnwegsinfektion</i>	<i>In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria</i>	<i>M24; M25; M26; M27</i>	90.94.2	KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR] Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm	ESAME CULTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	N
90.85.2	BAKTERIEN ANTILOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C., mindestens 10 Antibiotika)	BAKTERIE ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)									
90.86.1	BAKTERIEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG NNB	BAKTERIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NAS									
90.97.4	MYCETEN [HEFEN] BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA									
90.97.3	MYCETEN [HEFEN] ANTIMYKOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C., bis 5 Antimykotika)	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)									
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundaufgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.					<i>M24; M25; M26; M27</i>	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

93.37	PRÄNATALES TRAINING - Psychophysisches Training für eine natürliche Geburt [Autogenes Atemtraining, Gymnastik des Beckenbodens]. Gesamte Behandlung (6 Sitzungen von 120 Minuten oder 12 Sitzungen von 60 Minuten)	TRAINING PRENATALE - Training psico-fisico per il parto naturale [ginnastica pelvica, training autogeno respiratorio]. Intero trattamento (6 sedute di 120 minuti o 12 sedute da 60 minuti)			Ab der 26. Woche	A decorrere dalla 26ª settimana di gravidanza	M26; M27; M28; M29; M30; M31; M32; M33; M34; M35; M36; M37	93.37	PRÄNATALES TRAINING. Psychophysisches Training für eine natürliche Geburt. Pro Gruppensitzung. Zyklus von 12 Sitzungen	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	N
-------	--	---	--	--	------------------	---	--	-------	--	--	---

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTOIm DRITTEN TRIMESTER:
Nel TERZO TRIMESTRE:ab 28 Wochen + 0 Tage bis 32 Wochen + 6 Tage:
da 28 settimane + 0 gg. a 32 settimane + 6 gg.:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER <u>NOCH NICHT</u> VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 <u>NON ANCORA</u> UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N) - ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
90.62.2	BLUTBILD: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.					M28; M29; M30; M31; M32	90.62.2	BLUTBILD: ZYOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND DIFFERENTIALE LEUKOZYTENZÄHLUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	N
90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter Coombs-Test]	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]					M28; M29; M30; M31; M32	90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter CoombsTest]	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.)			<i>Im Fall einer Seronegativität</i>	<i>In caso di sieronegatività.</i>	M28; M29; M30; M31; M32	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI-KÖRPER IgG und IgM Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evtl. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									
88.78	GEBURTSCHILFSLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA			<i>Nur im Falle von Fötus- und/oder Adnexal- oder Mutterschaftskrankheit.</i>	<i>Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna.</i>	M28; M29; M30; M31; M32	88.78	GEBURTSCHILFSLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA	N
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzerempfang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen. Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.					M28; M29; M30; M31; M32	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHELEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTOab 33 Wochen + 0 Tage bis 37 Wochen + 6 Tage:
da 33 settimane + 0 gg. a 37 settimane + 6 gg.:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄS DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄS DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄS DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄS DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N- ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N) - LEA AGGIUNTIVO
88.78	GEBURTSHILFSLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA					M34; M35; M36	88.78	GEBURTSHILFSLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA	ZUSÄTZLICHER WBS - LEA AGGIUNTIVO
90.62.2	BLUTBILD	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.					M33; M34; M35; M36; M37	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOTRISCHES UNTERSUCHUNG UND DIFFERENZIALE LEUKOZYTENZÄHLUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	EMOCROMO: ESAME CITO METRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	N
90.83.6	AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism	AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo									
91.09.4	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IgG oder IgM (E.I.A.)	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o IgM (E.I.A.)		Im Fall einer Seronegativität	In caso di sieronegatività.		M33; M34; M35; M36; M37	91.09.D	TOXOPLASMA-ANTI KÖRPER IgG und IgM Inbegriffen: Aviditätstest der IgG wenn IgG positiv und IgM positiv oder zweifelhaft. Inbegriffen: evtl. IgA und Immunoblotting	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting	N
91.09.6	TOXOPLASMA ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING FÜR IgG UND IgM (Probe zur Bestätigung)	TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING PER IgG e IgM (saggio di conferma)									
91.17.5	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBeAg	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg									
91.18.2	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBeAg	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg									
91.18.3	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBeAg	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg					M33; M34; M35; M36; M37	91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGEN HBeAg + ANTIKÖRPER Anti HBeAg + ANTIKÖRPER Anti HBeAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg IgM wenn HBeAg und Anti HBeAg positiv. Inbegriffen: ANTIGEN HBeAg wenn HBeAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBeAg + ANTIKÖRPI anti HBeAg + ANTIKÖRPI anti HBeAg]. Incluso ANTIKÖRPI anti HBeAg IgM se HBeAg e anti HBeAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBeAg positivo. Incluso ANTIKÖRPI anti HBeAg se HBeAg negativo	N
91.18.4	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIGEN HBeAg	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg									
91.18.5	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIGEN HBeAg	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg									
91.18.1	VIRUS HEPATITIS B [HBV] ANTIKÖRPER HBeAg IgM	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg IgM									
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (E.I.A.)	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)									
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER (Quantitativer Nachweis mit passiver Hämmagglutination) [TPHA]	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]					M33; M34; M35; M36; M37	91.10.B	TREPONEMA-PALLIDUM. Serologischer Nachweis von Syphilis. Antikörper EIA/CLIA und/oder TPHA [TPHA] plus VDRL [RPR]. Inbegriffen: evtl. Titrierung und Immunoblotting	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPHA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.	N
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTIKÖRPER ANTICARDIOLIPIN (Flockungsreaktion) [VDRL] [RPR]	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]									
90.85.8	BAKTERIEN - IMMUNOBLOTTING IgG oder IgM - NNB	BATTERI - IMMUNOBLOTTING IgG o IgM - NAS									
91.22.4	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI									
91.23.3	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1] ANTIGEN P24 (E.I.A.)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)					M33; M34; M35; M36; M37	91.23.F	ERWORBENE IMMUNODEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2] COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Probe zur Bestätigung) NNB	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	N
91.22.5	VIRUS DER ERWORBENEN IMMUNODEFIZIENZ [HIV 1-2] ANTIKÖRPER IMMUNOBLOTTING (Probe zur Bestätigung)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)									
90.44.3	KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	Nach den Richtlinien zur physiologischen Schwangerschaft, Aktualisierung 2011	Secondo Linee Guida sulla gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011			M33; M34; M35; M36; M37	90.44.3	URIN - GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	N
90.94.2	KULTUR UNTERSUCHUNG DES HARNES [HARNKULTUR] - Vollständige Untersuchung von Mikroorganismen und pathogenen Hefen - Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Incluso: conta batterica			Im Fall von erheblicher Bakteriurie oder Leukozyturie und/oder anderer Anzeiger einer Harnwegsinfektion	In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria	M33; M34; M35; M36; M37	90.94.2	KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR]. Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	N
90.85.2	BAKTERIEN ANTI BIOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C., mindestens 10 Antibiotika)	BATTERI ANTI BIOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)									
90.86.1	BAKTERIEN AUS KULTUR BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG NNB	BATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NAS									
90.97.4	MYCETEN [HEFEN] BIOCHEMISCHE IDENTIFIZIERUNG	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA									
90.97.3	MYCETEN [HEFEN] ANTIMYKOGRAMM AUS KULTUR (M.I.C., bis 5 Antimykotika)	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)									
91.08.4	STREPTOCOCCUS AGALACTIAE IM VAGINALEN TUPFERABSTRICH KULTUR	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME CULTURALE		Empfohlen bei 36-37 Wochen.	Raccomandato a 36-37 settimane.		M33; M34; M35; M36; M37	91.08.4	β-HÄMOLYSIERENDER STREPTOCOCCUS GRUPPE B	STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO GRUPPO B	N

VON DER KOSTENBETEILIGUNG AUSGESCHLOSSENE FACHLEISTUNGEN ZUR KONTROLLE DER PHYSIOLOGISCHEN SCHWANGERSCHAFT
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME. Bei Blutabnahmen, die zur Analyse an andere Einrichtungen weitergeleitet werden, wird dem Leistungserbringer ein zusätzliches Entgelt von 3,40 Euro vonseiten des Sanitätsbetriebes anerkannt, das Folgendes beinhaltet: Nutzereingang, Annahme, Benachrichtigung der Patienten, die eine orale gerinnungshemmende Therapie befolgen, Inkasso auch der übrigen Analyseleistungen, Verwaltung der Aufrechnungen, Befundausgabe und Transport.	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO. Per prelievi inviati ad altra struttura per l'esecuzione della fase analitica, l'Azienda Sanitaria riconosce all'erogatore una quota aggiuntiva di Euro 3,40 comprendente accoglienza utenti, accettazione, allerta pazienti TAO, incasso anche delle altre prestazioni analitiche, gestione delle compensazioni economiche, consegna referti e trasporto.						M33; M34; M35; M36; M37	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	N
---------	--	---	--	--	--	--	--	-------------------------	---------	--------------------	---------------------------	---

40 Wochen + 6 Tage:

40 settimane + 6 gg.:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N)-LEA AGGIUNTIVO
88.78	GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA					M40	88.78	GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA	ZUSÄTZLICHER WBS - LEA AGGIUNTIVO
75.34.1	KARDIOTOKOGRAPHIE - Externe Kardiocographie in der Schwangerschaft, NST oder OCT	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT					M40	75.34.1	EXTERNE KARDIOTOKOGRAPHIE	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	ZUSÄTZLICHER WBS - LEA AGGIUNTIVO

von 41 Wochen + 0 Tage:

da 41 settimane + 0 gg.:

DERZEIT GELTENDE CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017 / CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	BESCHREIBUNG DER DERZEIT GELTENDEN CODES AUF LANDESEBENE FÜR DIE KODIFIZIERUNG VON LEISTUNGEN BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER NEUEN WBS (LEA), GEMÄß DPMR 12.01.2017	DESCRIZIONE DEI CODICI PROVINCIALI IN VIGORE DA UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLE PRESTAZIONI FINO ALL'ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI LEA PREVISTI DAL DPCM 12.01.2017	ANMERKUNGEN	NOTE	BEDINGUNGEN	CONDIZIONI	BEFREIUNGSCODE / CODICE ESENZIONE	NOCH NICHT VERWENDBARE CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹ / CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	BESCHREIBUNG DER NOCH NICHT VERWENDBAREN CODES GEMÄß DPMR 12.01.2017 (ANLAGE 108 DPMR 12.01.2017) ¹	DESCRIZIONE DEI CODICI AI SENSI DEL DPCM 12.01.2017 NON ANCORA UTILIZZABILI (ALLEGATO 108 DPCM 12.01.2017) ¹	NATIONALER WBS (N)-ZUSÄTZLICHER WBS / LEA NAZIONALE (N)-LEA AGGIUNTIVO
88.78	GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA			Zur Bewertung der Fruchtwassermenge.	Per valutazione quantitativa del liquido amniotico.	M41; M42	88.78	GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL	ECOGRAFIA OSTETRICA	N
75.34.1	KARDIOTOKOGRAPHIE - Externe Kardiocographie in der Schwangerschaft, NST oder OCT	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT					M41; M42	75.34.1	EXTERNE KARDIOTOKOGRAPHIE	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	N

¹ Diese Codes treten in Kraft, sobald das Gesundheitsministerium das Dekret mit den Höchsttarifen der Leistungen, die durch das DPMR 12.01.2017 in Artikel 64 Absatz 2 geregelt sind, veröffentlicht und im nachdem die Autonome Provinz Bozen das genannte Dekret umsetzt¹ Questi codici entreranno in vigore non appena il Ministero della Salute pubblicherà il Decreto contenente le tariffe massime delle prestazioni come disciplinato dal DPCM 12.01.2017 all'articolo 64 comma 2 e a seguito del recepimento del suddetto Decreto da parte della Provincia Autonoma di Bolzano

Frauen, die nach der 13. Woche vorstellig werden, sind von Kostenbeteiligungen sowohl der fachärztlichen Leistungen zu den vorherigen Schwangerschaftsphasen, falls angebracht, als auch jenen der laufenden Schwangerschaftswoche freigestellt (Befreiungscodes M99).

Per le donne che si presentano dopo la 13ª settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso (Codice esenzione M99)

Anlage 2C Zugang zur pränatalen Diagnose

TEIL 1: Zugangsbedingungen zur pränatalen invasiven Untersuchung, ohne Kostenbeteiligung (Anlage 10C - DPMR 12. Januar 2017)

Der Zugang zur pränatalen Untersuchung hat zwei Indikationsgruppen, die Situationen betreffen, in denen das Risiko einer fetalen Erkrankung über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt:

- 1) A priori vorhersehbares Zeugungsrisiko, da es mit einer biologisch-genetischen Bedingung verbunden ist, die in einem oder in beiden Elternteilen oder in der Familie vorkommt und während der genetischen Beratung zu bewerten ist.
- 2) Während der Schwangerschaft ermitteltes Risiko: durch Ultraschall ermittelte fetale Störungen, durch geprüfte Systeme und in eigens von den Regionen ermittelten Einrichtungen erfasste Auswirkungen auf die biochemischen/molekularen Parameter, Voraussagen zu fetalen Erkrankungen und/oder genetischen und Chromosomen-erkrankungen, Infektionskrankheiten mit fetalem Risiko.

Die Bedingungen, für die der Zugang zu den pränatalen invasiven Untersuchungen vorgesehen sind, sind:

1) für zytogenetische Untersuchungen:

- Wahrscheinlichkeit von Trisomie 21 oder anderen Chromosomenstörungen: es wird diesbezüglich auf spezifische Protokolle (Anhang 2C, Teil 2) für den Zugang zum nicht-invasiven pränatalen Screening verwiesen;
- Eltern mit einem vorherigen Kind mit Chromosomenerkrankung;
- Elternteil mit strukturellem, ausgeglichenem Rearrangement der Chromosomen;
- Elternteil mit gleichmäßiger oder mosaikartiger Aneuploidie der Chromosomen;
- durch Ultraschall ermittelte fetale bzw. Schwangerschaftsstörungen.

2) für die genetischen Untersuchungen:

- heterozygotes Elternteil bei einer autosomal-dominanten Krankheit/Mutation;
- beide heterozygote Elternteile bei genetischen Mutationen in Verbindung mit autosomal-rezessiven Erkrankungen;
- heterozygote Mutter bei rezessiven Mutationen in Verbindung mit X,
- Mutter, die Trägerin einer mitochondrialen Mutation ist;
- feto-adnexiale Anzeichen von spezifischen genetischen Krankheiten;
- andere Bedingungen eines möglichen Risikos, das in Verbindung mit der Familiengeschichte steht und im Rahmen der genetischen Beratung zu prüfen ist.

3) für infektiologische Untersuchungen:

- fetale Risikobedingung, die auf Grund einer Infektion der Mutter und/oder Anzeichen aus der Ultraschalluntersuchung festgestellt wird und möglicherweise mit Infektionskrankheiten in Verbindung steht.

TEIL 2: Zugangsprotokoll zum nicht-invasiven pränatalen Screening zur Bewertung des Chromosomenrisikos (Punkt 1 Anhang 10C - DPMR 12. Januar 2017)

a) Vorwort

Gemäß Art. 59 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Januar 2017 und insbesondere Anhang 10C über den Zugang zur invasiven Pränataldiagnostik legen die Regionen und autonomen Provinzen die Einrichtungen (die einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle unterzogen sind) für die Bewertung des Chromosomenrisikos während der Schwangerschaft fest.

Die Regionen und autonomen Provinzen definieren auch Methoden zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit von Chromosomenanomalien auf der Grundlage des Alters der Mutter und mit größerer diagnostischer Sensitivität und weniger falsch-positiven Ergebnissen und garantieren die Einheitlichkeit des Zugangs auf dem Territorium auf regionaler bzw. Landesebene.

b) Zur Stratifizierung des Chromosomenrisikos mittels kombiniertem Test ermächtigte Zentren

Die Bewertung des Chromosomenrisikos mittels kombiniertem Test kann in der Provinz Bozen nur von Gynäkologen durchgeführt werden, die im Besitz der Berufsakkreditierung der FMF - London sind.

c) Betreuungspfad mit nicht-invasivem pränatalem Screening cfDNA/NIPT

In Übereinstimmung mit den neuesten Leitlinien zur korrekten Prävention und Identifizierung von Risiken im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bietet die Autonome Provinz Bozen nach der Auswertung des kombinierten Tests des ersten Trimesters, das nicht-invasive pränatale Screening NIPT (Non Invasive Prenatal Test) an, welches das fetale DNA im Blut der Mutter (cfDNA) analysiert, um die 3 wesentlichen fetalen chromosomalen Aneuploidien zu untersuchen, verbunden mit den Chromosomen 21, 18, 13 und den X- und Y-Geschlechtschromosomen.

Der cfDNA/NIPT ermöglicht eine höhere Sensitivität und Spezifität für die Bewertung des Chromosomenrisikos, eine geringere Anzahl an falschen positiven Ergebnissen und eine Reduktion der invasiven Tests (Villozentese und Amniozentese).

Kriterien für den Zugang zum cfDNA/NIPT-Test

Der Zugang zum cfDNA/NIPT-Test wird für jene Frauen gewährleistet, die im ersten Trimester der Schwangerschaft und nach Auswertung des „Combined Tests“ **zur mittleren Risikoklasse gehören**, wie durch den therapeutischen Diagnosepfad der Autonomen Provinz Bozen in geltender Fassung festgelegt.

Frauen, die diese Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen, können die Bereitstellung des NIPT keinesfalls vonseiten des Landesgesundheitsdienstes beantragen.

Übergabe und Verschreibung des cfDNA/NIPT-Tests

Die Übergabe der Patientin an den öffentlichen Dienst zur Verschreibung und Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests kann von folgenden Personen durchgeführt werden:

- öffentliche oder private Gynäkologen, die mit dem LGD vertragsgebunden und im Besitz der FMF-Akkreditierung sind;
- private Gynäkologen in Südtirol, die im Besitz der FMF-Akkreditierung sind;

Die Verschreibung des cfDNA/NIPT-Tests steht dem Genetiker oder Gynäkologen des öffentlichen Dienstes zu, der im Besitz der FMF-London-Akkreditierung ist.

Bereitstellung des Tests und der zugehörigen Leistungen

Frauen mit Zugangsvoraussetzungen für die Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests werden einem Informationsgespräch unterzogen, das darauf abzielt, die Patientin zu einer bewussten Entscheidung zu verhelfen und die informierte Einwilligung einzuholen. Dieses wird vom einem FMF-zertifizierten und entsprechend für die Beratung vor und nach dem Test geschulten Genetiker oder Gynäkologen des öffentlichen Dienstes gehalten.

Wenn die Patientin von einem privaten Gynäkologen betreut wird, schickt dieser die Frau zum Informationsgespräch und zur möglichen Verschreibung der zu Lasten des LGD durchzuführenden Untersuchung an den öffentlichen Dienst.

Es ist Aufgabe der der landesweit tätigen öffentlichen Labore die Blutproben zu entnehmen und an das vom Sanitätsbetrieb mit der Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests beauftragte externe Labor zu versenden.

Leistung Katalog	Beschreibung	Erbringende Einrichtung
Beratung vor und nach dem Test	Informationsgespräch und informierte Einwilligung vor dem Test. Beratung nach dem Test Gespräch über den Bericht und über eventuell zu ergreifende Maßnahmen	Genetiker oder Gynäkologe in fetaler Medizin und pränataler Diagnostik spezialisiert, eigens vom Sanitätsbetrieb bestimmt
Blutabnahme	Blutabnahme und Versendung der Probe	Öffentliche Labore auf Landesebene
cfDNA/NIPT-Test	<ul style="list-style-type: none"> • Annahme der Probe • Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests; • Befundung 	Speziell vom Sanitätsbetrieb bestimmtes externes vertragsgebundenes Labor, oder eigene Durchführung des Tests

Was die Festlegung des Codes, des Tarifs und der eventuellen Kostenbeteiligung vonseiten der Frauen anbelangt, die gemäß gegenständlichem Protokoll Anrecht auf die Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests haben, wird auf eine künftige Maßnahme der Landesverwaltung verwiesen.

Allegato 2C

Accesso alla diagnosi prenatale

PARTE 1: Condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla partecipazione al costo (All. 10C - DPCM 12 gennaio 2017)

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

1) Rischio procreativo prevedibile a priori in quanto correlato ad una condizione biologica-genetica presente in uno o in entrambi i genitori o nella famiglia, da valutare in sede di consulenza genetica

2) Rischio rilevato in corso di gravidanza: difetti fetali evidenziati mediante ecografia, alterazione di parametri biochimici/molecolari rilevati con sistemi validati ed erogati presso strutture appositamente individuate dalle regioni, predittivi di patologie fetali e/o cromosomiche/geniche, patologie infettive a rischio fetale.

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

1) Per le indagini citogenetiche:

- probabilità di trisomia 21, o di altre anomalie cromosomiche: si rinvia in merito allo specifico protocollo (Allegato 2C, Parte 2) per l'accesso allo screening prenatale non invasivo;
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale bilanciato dei cromosomi;
- genitore con aneuploidia cromosomica omogenea o in mosaico;
- anomalie fetali/della gravidanza evidenziate mediante ecografia.

2) Per le indagini genetiche:

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

3) Per le indagini infettivologiche:

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

PARTE 2: Protocollo di accesso allo screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio cromosomico (punto 1 All. 10C - DPCM 12 gennaio 2017)

a) Premessa

Ai sensi dell'art. 59 del DPCM 12 gennaio 2017 e nello specifico l'Allegato 10C, concernente l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva le Regioni e Province autonome individuano i Centri sottoposti a verifica continua della qualità preposti alla valutazione del rischio cromosomico nel corso della gravidanza.

Le Regioni e Province autonome definiscono inoltre i metodi di calcolo della probabilità di anomalie cromosomiche basati sull'età materna e dotati di maggiore sensibilità diagnostica e un minor numero di falsi positivi e garantiscono uniformità di accesso sul territorio regionale o provinciale.

b) Centri individuati per la stratificazione del rischio cromosomico mediante Test combinato

La valutazione del rischio cromosomico mediante Test combinato può essere effettuata nella Provincia di Bolzano solo dai ginecologi in possesso dell'accREDITAMENTO professionale FMF di Londra.

c) Percorso di screening prenatale non invasivo cfDNA/NIPT

Conformemente alle più recenti Linee guida sulla corretta prevenzione e identificazione dei rischi legati alla gravidanza, la Provincia Autonoma di Bolzano offre, a seguito della valutazione risultante dal Test combinato del primo trimestre, il Test di screening prenatale non invasivo NIPT (Non Invasive Prenatal Test) che consiste nell'analisi del DNA fetale presente nel sangue materno (cfDNA) ai fini dell'indagine sulle 3 principali aneuploidie cromosomiche fetali correlati ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X, Y.

Il cfDNA/NIPT permette di avere una maggiore sensibilità e specificità per la valutazione del rischio cromosomico, di avere un minor numero di falsi positivi e ridurre il numero test invasivi (villocentesi e amniocentesi).

Criteri di accesso al test cfDNA/NIPT

L'accesso al test cfDNA/NIPT viene garantito alle donne che nel primo trimestre di gravidanza e a seguito della valutazione del Test combinato risultano appartenere alla **classe di rischio intermedia** come definita dal Percorso diagnostico terapeutico della Provincia Autonoma di Bolzano nella versione vigente.

Le donne che non soddisfino i requisiti di accesso di cui al presente paragrafo non possono comunque richiedere l'erogazione del NIPT al servizio sanitario provinciale.

Invio e prescrizione del test cfDNA/NIPT

L'invio della paziente al servizio pubblico per la prescrizione e l'erogazione del test cfDNA/NIPT può essere effettuato dai seguenti soggetti:

- ginecologo pubblico o privato convenzionato con il SSP ed in possesso dell'accREDITAMENTO FMF;
- ginecologo privato presente sul territorio altoatesino ed in possesso dell'accREDITAMENTO FMF;

La prescrizione del test cfDNA/NIPT spetta al genetista o al ginecologo del servizio pubblico in possesso dell'accREDITAMENTO professionale FMF di Londra.

Erogazione del test e prestazioni correlate

Alla donna in possesso dei requisiti di accesso per l'erogazione del test cfDNA/NIPT viene erogato un colloquio informativo volto ad orientare la paziente ad una scelta consapevole e a raccogliere il consenso informato della stessa. Lo stesso è erogato da parte del genetista o del ginecologo del servizio pubblico accREDITATO FMF e adeguatamente formato per la consulenza pre- e post-test.

Qualora la paziente sia in carico ad un ginecologo privato, quest'ultimo provvede all'invio della donna presso il servizio pubblico per il colloquio informativo e l'eventuale prescrizione dell'esame a carico del SSP.

Il prelievo di sangue e l'invio al Laboratorio esterno identificato dall'Azienda Sanitaria per l'esecuzione del test cfDNA/NIPT sono posti in carico ai Laboratori pubblici presenti sul territorio provinciale.

Prestazione nomenclatore	Descrizione	Soggetto erogatore
Consulenza pre-test e post-test	Informativa e consenso informato pre-test. Consulenza post-test Discussione del referto e di eventuali misure da intraprendere	Medico genetista o ginecologo specializzato in medicina fetale e diagnosi prenatale, specificamente identificato dall'Azienda sanitaria
Prelievo di sangue	Prelievo di sangue ed invio del campione	Laboratori pubblici presenti sul territorio provinciale
Test cfDNA/NIPT	<ul style="list-style-type: none"> • Accettazione del campione • Erogazione del test cfDNA/NIPT; • Refertazione 	Laboratorio esterno, appositamente identificato dall'AS, con cui si sia instaurato un rapporto contrattuale oppure erogazione in proprio del test

Per quanto riguarda la definizione del codice, della tariffa e dell'eventuale compartecipazione alla spesa da parte delle donne che hanno diritto all'erogazione del test cfDNA/NIPT ai sensi del presente protocollo, si rinvia a successivo provvedimento dell'amministrazione provinciale.

Allegato 3 - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G. P. n. 2568 del 15.06.1998
Anlage 3 - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.Reg. Nr. 2568 vom 15.06.1998
 NOTA/ANMERKUNG: Le modifiche al tariffario sono evidenziate in neretto - die Änderungen zum Tarifverzeichnis sind fett gedruckt

Parte 1/Teil 1: MODIFICA PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3, DGP 2568/1998) - ÄNDERUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3, . Beschluss L.R. 2568/1998)

Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione / Beschreibung	Tariffa / Tarif (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
*	N	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1 GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: evt. Echocolor Doppler. Nicht vereinbar mit 88.75.1 und 88.76.1	31,00	OSTETRICIA E GINECOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE	01.03.2019
R	N	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE MORPHOLOGISCHER GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL. Nicht vereinbar mit 88.75.1 ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES	69,00	OSTETRICIA E GINECOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE	01.03.2019
* R	N	88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL zur Untersuchung der Nackentransparenz. Inbegriffen: Beratung vor und nach dem Kombinierten Test	40,00	OSTETRICIA E GINECOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE	01.03.2019

Parte 2/Teil 2: NUOVI INSERIMENTI DI PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3, DGP 2568/1998) - EINFÜHRUNG VON NEUEN LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3, Beschluss L.R. 2568/1998)

Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione / Beschreibung	Tariffa / Tarif (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
	N	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2) HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHIE Nicht vereinbar mit Hysterosalpingographie (87.83) und Hysterosonographie (87.83.2)	61,00	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA / OSTETRICIA E GINECOLOGIA INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE / GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	01.03.2019
	N	87.83.2	ISTEROSONOGRRAFIA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2) HYSTEROSONOGRAPHIE [Hydrosonographie]. Nicht vereinbar mit gynäkologischem Ultraschall (88.78.2)	46,00	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA / OSTETRICIA E GINECOLOGIA INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE / GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	01.03.2019

Allegato 3 - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G. P. n. 2568 del 15.06.1998
Anlage 3 - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.Reg. Nr. 2568 vom 15.06.1998
 NOTA/ANMERKUNG: Le modifiche al tariffario sono evidenziate in neretto - die Änderungen zum Tarifverzeichnis sind fett gedruckt

Parte 3/Teil 3: INSERIMENTO/MODIFICA NOTE (Allegato 2, DGP 2568/1998) - EINFÜGUNG/ÄNDERUNG ANMERKUNGEN (Anlage 2, Beschluss L.R. 2568/1998)

Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione / Beschreibung	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
*		88.78.2	* = Standard tecnico: sonde endovaginali ad alta frequenza (≥ 5 MHz). Via transaddominale: a fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale. * = Technischer Standard: Hochfrequenz-Endovaginalsonde (≥ 5 MHz). Transabdominell: zusätzlich oder im Fall, dass der Zugang über die Scheide nicht möglich ist.	01.03.2019
R		88.78.3	R = Erogabile solo dalle strutture dotate di apposita apparecchiatura. R = Darf nur in Einrichtungen mit den nötigen Vorrichtungen erbracht werden.	01.03.2019
* R		88.78.4	* = In associazione ad indagini di laboratorio 90.43.1 secondo Linee guida per la gravidanza. R = La valutazione del rischio cromosomico mediante Test combinato può essere effettuata nella Provincia di Bolzano solo dai ginecologi in possesso dell'accreditamento professionale FMF di Londra. * = In Verbindung mit den Laboruntersuchungen 90.43.1 gemäß Richtlinien für die Schwangerschaft. R = Anmerkung R (Anlage 4 DPMR 12. Januar 2017): Die Beurteilung des Chromosomenrisikos mittels Kombinierten Test kann in der Provinz Bozen nur von gynäkologischen Fachkräften durchgeführt werden, die im Besitz der beruflichen Akkreditierung der FMF London sind.	01.03.2019

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Die Amtsdirektorin 19/12/2018 15:16:30 La Direttrice d'ufficio
CAPODAGLIO SILVIA

Der Abteilungsdirektor 19/12/2018 17:45:18 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a
impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 20/12/2018 11:23:44 Il direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

Der Direktor des Amtes für Einnahmen Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

20/12/2018

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

20/12/2018

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 36 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 36 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

18/12/2018

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma