


**Beschluss  
der Landesregierung**
**Deliberazione  
della Giunta Provinciale**

Nr. 241  
Sitzung vom 02/04/2019 Seduta del

## ANWESEND SIND

Landeshauptmannstellvertr.  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landesräte

Generalsekretär

Arnold Schuler  
Giuliano Vettorato  
Daniel Alfreider  
Philipp Achammer  
Massimo Bessone  
Waltraud Deeg  
Maria Hochgruber Kuenzer  
Thomas Widmann

Eros Magnago

## SONO PRESENTI

Vicepresidente  
Vicepresidente  
Vicepresidente  
Assessori

Segretario Generale

**Betreff:**

Aktualisierung des Beschlusses der L.Reg.  
Nr. 2568 vom 15.6.1998:  
Landestarifverzeichnis für ambulante  
fachärztliche Leistungen,  
Instrumentaldiagnostik und  
Laboruntersuchungen

**Oggetto:**

Aggiornamento della deliberazione della  
Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.1998:  
nomenclatore tariffario provinciale di  
specialistica ambulatoriale, di diagnostica  
strumentale e di laboratorio

Vorschlag vorbereitet von  
Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla  
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung hat Folgendes zur Kenntnis genommen:

Art. 2, Abs. 3, Buchst. o) des LG Nr. 3 vom 21.4.2017 sieht vor, dass die Landesregierung für die Überwachung der Einhaltung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) und die Festlegung der gegebenenfalls auf Landesebene zusätzlich vorgesehenen Betreuungsstandards sowie die Regelung der entsprechenden Zugangsvoraussetzungen und -modalitäten verantwortlich ist.

Mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 hat die Landesregierung die gesamtstaatlichen WBS, gemäß DPMR 12.01.2017 übernommen und die zusätzlich von der Autonomen Provinz Bozen angebotenen WBS festgelegt.

Das MD Nr. 329 vom 28. Mai 1999 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", abgeändert mit MD vom 21. Mai 2001 "Regolamento di aggiornamento del DM 28 maggio 1999, n. 329", legt die chronischen und Invalidität verursachenden Krankheitszustände fest, die zu einer Befreiung von der Kostenbeteiligung für die entsprechenden Gesundheitsleistungen berechtigen.

Mit BLR (Beschluss der Landesregierung) Nr. 2568 vom 15.6.1998 (veröffentlicht im Amtsblatt der Region Nr. 28 vom 07.07.1998 und Nr. 32 vom 04.08.98, Beiblatt Nr. 1) wurde das Landestarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen, gemäß MD vom 22.07.1996 und LG Nr. 1 vom 21.01.1998 im Rahmen der anerkannten Autonomie genehmigt.

Die Notwendigkeit, das Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen und das Verzeichnis der mit chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten verbundenen ticketbefreiten Leistungen zu aktualisieren, entstand aufgrund der Anfragen des Sanitätsbetriebes sowie der entsprechenden Analysen und Bewertungen, die wie folgt zusammengefasst werden können:

- Einführung der Leistungen G2.11 „GENETISCHER cfDNA/NIPT-TEST FÜR PRÄNATALES NICHT-INVASIVES SCREENING“ und G9.01 „GENETISCHE

La Giunta provinciale ha preso atto di quanto segue:

L'art. 2 co. 3, lett. o) della L.P. n. 3 del 21.4.2017 attribuisce alla Giunta Provinciale la sorveglianza del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e la determinazione dei livelli di assistenza aggiuntivi eventualmente previsti a livello provinciale, nonché la disciplina delle relative condizioni e modalità di accesso.

Con deliberazione n. 457 del 18.4.2017 la Giunta Provinciale ha adottato i LEA nazionali ex DPCM 12.1.2017 e definito i LEA aggiuntivi offerti dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Il DM 28 maggio 1999, n. 329, "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5, co.1, lettera a), del D. Lgs. 29 aprile 1998, n. 124", come modificato dal DM 21 maggio 2001, n. 296, "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329", individua le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate.

Con DGP n. 2568 del 15.06.1998 (pubblicata sul BUR n. 28 del 07.07.1998 e sul BUR n. 32 del 04.08.1998 suppl. 1) è stato approvato il nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sulla base del D.M. 22.07.1996 e della L.P. n. 1 del 21.01.1998, nell'esercizio della propria riconosciuta autonomia.

La necessità di aggiornare parzialmente il nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale nonché l'elenco delle prestazioni esenti ticket associate alle malattie croniche ed invalidanti è emersa a seguito delle richieste dell'Azienda sanitaria e delle analisi e valutazioni riassumibili come segue:

- Inserimento delle prestazioni G2.11 "TEST GENETICO cfDNA/NIPT PER SCREENING PRENATALE NON INVASIVO" e G9.01 "CONSULENZA

BERATUNG IN VERBINDUNG MIT DEM TEST“ zulasten des LGD für den Zugang zur nicht-invasiven pränatalen Diagnose um den im BLR Nr. 1413 vom 18.12.2018 enthaltenen Bestimmungen Folge zu leisten. Die spezifischen Regelungen sind in Anlage A dieses Beschlusses enthalten.

- Einführung eines Gentests zulasten des LGD für Personen mit einer bestimmten Art von Brustkrebs, um Chemotherapie und Strahlentherapie bei Patienten zu vermeiden. Dieser Test erfolgt nach den in Anlage B des gegenständlichen Beschlusses festgelegten Regeln.
  - Die „Messung des Knöchel-Arm-Index (ABI oder Winsor-Index)“ dient dazu, das Vorhandensein einer Arteriopathie zu bewerten. Diese Leistung ist zwar in Anlage 4 des DPMR vom 12.1.2017 enthalten, mit dem die wesentlichen Betreuungsstandards auf Staatsebene genehmigt wurden; ihr Inkrafttreten ist allerdings bis zur Verabschiedung des MD zu den Tarifen der ambulanten Facharztleistungen aufgeschoben. Deshalb schlagen wir vor, diese Leistung vorzeitig ins Landestarifverzeichnis und ins Verzeichnis der ticketbefreiten Leistungen mit Code 013 "DIABETES MELLITUS" aufzunehmen.
  - Änderung der durchschnittlichen Dauer der Leistung im Tarifverzeichnis NPIA (Kinder- und Jugendpsychiatrie) 850.201 „PSYCHOLOGISCHES / KLINISCHES GESPRÄCH, BEOBACHTUNG“, die von 60 auf 45 Minuten gekürzt wird.
  - Einführung innerhalb des Tarifverzeichnisses NPIA (Kinder- und Jugendpsychiatrie) der Leistung "850.210 - PSYCHOLOGISCHES / KLINISCHES GESPRÄCH BEI PATIENTEN MIT STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS, BEOBACHTUNG". Diese Leistung ersetzt zudem die 850.201 im Leistungspaket 850.A01, das im eigenen Beschluss Nr. 1492 vom 28.12.2017 angeführt wird. Die neue Version dieses Leistungspaketes ist der Anlage D dieses Beschlusses enthalten.
  - Für die Leistung 13.19.1 „KATARAKT OPERATION MIT ODER OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplanta-
- GENETICA ASSOCIATA AL TEST”, a carico del SSP per l’accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, al fine di dare seguito a quanto previsto dalla DGP n. 1413 del 18.12.2018. La regolamentazione specifica è contenuta nell’Allegato A della presente deliberazione.
  - Inserimento di un test genomico a carico del SSP per persone affette da un determinato carcinoma mammario, allo scopo di evitare alle pazienti i trattamenti chemioterapici e radioterapici. Tale test è erogato secondo le regole previste dall’Allegato B alla presente deliberazione.
  - La “Misurazione dell’Indice pressorio Caviglia/Braccio (ABI o Indice di Winsor)” è utile per valutare la presenza o meno di arteriopatie. Poiché questa prestazione è presente nel nuovo DPCM 12.1.2017 che approva i LEA nazionali, all’Allegato 4, ma non è ancora in vigore in attesa del DM sulle tariffe della specialistica ambulatoriale, se ne propone l’inserimento anticipato nel nomenclatore tariffario provinciale e nell’elenco delle prestazioni erogabili in esenzione con il codice 013 “DIABETE MELLITO”.
  - Modifica del tempo medio di durata della prestazione relativa al nomenclatore tariffario NPIA (neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza) 850.201 “COLLOQUIO PSICOLOGICO-CLINICO, OSSERVAZIONE”, portandolo da 60 a 45 minuti.
  - Inserimento della prestazione relativa al nomenclatore tariffario NPIA (neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza) 850.210 “COLLOQUIO PSICOLOGICO-CLINICO IN PAZIENTE AFFETTO DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO, OSSERVAZIONE”. La prestazione 850.210 prenderà inoltre il posto della prestazione 850.201 nel pacchetto 850.A01 di cui alla DGP n.1492 del 28/12/2017. La nuova versione del pacchetto è contenuta nell’Allegato D della presente delibera.
  - La prestazione 13.19.1 “INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Incluso: visita pre-intervento, intervento, visite di

tion, Kontrollvisiten innerhalb 14 Tagen, Biometrie“ wird eine Kontrollvisite innerhalb 30-45 Tagen benötigt und nicht mehr innerhalb 14 Tagen. Es wird eine Änderung der Beschreibung vorgeschlagen.

- Nach der Umsetzung des BLR Nr. 1414 vom 18.12.2018 bezüglich der Neufestlegung der Leitlinien zur medizinisch-assistierten Fortpflanzung (MAF/"PMA") wurden einige Fehler bei einigen Codes festgestellt, die in der Anlage C verbessert werden.
- Die Anlage 2B des eigenen Beschlusses Nr.1413 vom 18.12.2018 bezüglich Freistellung von der Kostenbeteiligung für schwangere Frauen und zum Mutterschutz enthält einen sachlichen Fehler. Die Leistung mit Code 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“, die vom DPMR 12.01.2017 vorgesehen ist und bis zum Inkrafttreten der neuen WBS, durch die Codizes 91.26.4 „VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG o IgM“ und 90.86.6 „AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism“ angeboten wird, ist auch mit Code M18 ticketbefreit.

Gemäß Art. 8 sexies, Absatz 5 des GvD Nr. 502/1992 erfolgt die Festlegung der Höchstarife aufgrund der Standardkosten auf Landesebene, sofern vorhanden, oder aufgrund von Vergleichen mit den Standardkosten und den Tarifen auf gesamtstaatlicher Ebene bzw. jenen anderer Regionen.

All dies vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlich vorgesehener Form

### **b e s c h l o s s e n**

1. Das Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulante Leistungen gemäß BLR Nr. 2568 vom 15.6.1998, MD Nr. 329 vom 28.05.1999 und BLR Nr. 289 vom 30.01.2006, in ihren geltenden Fassungen, zu aktualisieren. Die Änderungen und Ergänzungen sind in den folgenden Anlagen, wesentliche Bestandteile dieser Maßnahme, enthalten:

controllo entro 14 giorni, biometria” richiede una visita di controllo entro 30-45 giorni e non a più a 14 giorni. Si propone di adeguare la descrizione (Allegato C).

- In seguito alla DGP n. 1414 del 18.12.2018 concernente la ridefinizione delle linee guida sulla procreazione medicalmente assistita (PMA) sono stati riscontrati degli errori materiali relativi ad alcuni codici che vengono corretti all'Allegato C del presente provvedimento.
- Nell'allegato 2B della DGP n. 1413 del 18.12.2018, concernente l'esenzione dalla partecipazione al costo per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità, è stato riscontrato un errore materiale: La prestazione 91.26.D “VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie”, prevista dal DPCM 12.01.2017 e ricondotta, fino all'entrata in vigore dei nuovi LEA, ai codici vigenti 91.26.4 “VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM” e 90.83.6 “AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo” è da offrire in esenzione anche con il codice M18.

L'art. 8 sexies, comma 5 del D.Lgs. 502/1992 prevede che la definizione delle tariffe massime avvenga tenendo conto dei costi standard provinciali, ove disponibili, e in alternativa in base ai confronti con i costi standard e le tariffe nazionali e di altre Regioni.

Tutto ciò premesso e sentito il relatore, la Giunta provinciale a voti unanimi espressi nelle forme di legge

### **d e l i b e r a**

1. di aggiornare il nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di cui alla DGP n. 2568 del 15.06.1998, il DM n. 329 del 28.5.1999 e la DGP n. 289 del 30.1.2006, nelle versioni vigenti. Le modifiche ed integrazioni sono contenute nei seguenti allegati, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- **Anlage A:** enthält die Zugangsbedingungen zum pränatalen nicht-invasiven Screening mittels genetischem cfDNA/NIPT-Test;
  - **Anlage B:** enthält die Regelung für den Gentest bezüglich Brustkrebs;
  - **Anlage C:** enthält die Einführungen, Änderungen und Streichungen der Leistungen mit den jeweiligen Anmerkungen, Erbringbarkeitsbedingungen im üblichen Aktualisierungsgraster des Tarifverzeichnisses der ambulanten Facharztleistungen und der pathologiebezogenen Ticketbefreiungen;
  - **Anlage D:** enthält die neue Version des Leistungspaketes 850.A01.
2. Anlage 2C des Beschlusses Nr. 1413 vom 28.12.2018 zu aktualisieren und es mit oben genannter Anlage A zu ersetzen;
  3. Anlage A2 des eigenen Beschlusses Nr. 1492 vom 28.12.2017 zu aktualisieren: das Leistungspaket 850.A01 wird wie in obgenannter Anlage D abgeändert;
  4. die Leistungen 91.26.4 „VIRUS RUBIVIRUS ANTIKÖRPER IgG o IgM“ und 90.86.6 „AVIDITÄT DER IgG (TOXO, RÖTELN, ZYTO) E.I.A., pro Mikroorganism“, sind auch mit Code M18 ticketbefreit. Diese Leistungen werden nach Inkrafttreten des DPMR 12.01.2017 durch die Leistung 91.26.D ersetzt.
  5. die Leistung 89.58.9 “Messung des Knöchel-Arm-Index (ABI oder Winsor-Index)“ im Verzeichnis der chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten unter Code 013 „Diabetes mellitus“ aufzunehmen;
  6. das Inkrafttreten gegenständlicher Maßnahme am 06.05.2019 zu veranlassen;
  7. zur Kenntnis zu nehmen, dass die Umsetzung dieses Beschlusses eine geschätzte Mehrausgabe von 148.000 Euro bewirken wird, die durch die mit eigenem Beschluss Nr. 1282 vom 04.12.18 auf Kapitel U13011.0000 (Finanzierung des verwendungsungebundenen Anteiles der laufenden Ausgabe durch LGF) zweckgebundenen Geldmittel abgedeckt ist;
- **Allegato A:** contiene il protocollo di accesso allo screening prenatale non invasivo tramite test genetico cfDNA/NIPT.
  - **Allegato B:** contiene la regolamentazione del test genomico riferito al tumore alla mammella.
  - **Allegato C:** contiene gli inserimenti, le modifiche e le eliminazioni delle prestazioni con relative note, criteri di erogabilità secondo la consueta struttura di aggiornamento del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale e delle esenzioni per patologia;
  - **Allegato D:** contiene la nuova versione del pacchetto prestazionale 850.A01.
2. di aggiornare l'Allegato 2C della deliberazione n. 1413 del 28.12.2018 sostituendolo con il sopracitato Allegato A;
  3. di aggiornare l'Allegato A2 della deliberazione n. 1492 del 28.12.2017, modificando il pacchetto 850.A01 come previsto dall'Allegato D;
  4. di erogare in esenzione anche con il codice M18 le prestazioni vigenti 91.26.4 “VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o IgM” e 90.83.6 “AVIDITÀ DELLE IgG (TOXO, ROSO, CITO) E.I.A., per ciascun microorganismo” che verranno poi ricondotte, con l'entrata in vigore del DPCM 12.01.2017, alla prestazione 91.26.D;
  5. di inserire la prestazione 89.58.9 “Misurazione dell'Indice pressorio Caviglia/Braccio (ABI o Indice di Winsor)” nell'elenco delle prestazioni esenti per malattia cronica e invalidante al codice 013 “Diabete mellito”;
  6. di disporre che il presente provvedimento trovi applicazione a decorrere dal 06.05.2019;
  7. di stimare una maggiore spesa annuale derivante dalla presente delibera pari a 148.000,00. Essa è coperta dalla assegnazione di parte corrente a destinazione indistinta del Fondo Sanitario Provinciale 2019, impegnata sul capitolo U13011.0000 con delibera della Giunta Provinciale n. 1282 del 04.12.2018;

8. dem Sanitätsbetrieb die am Tarifverzeichnis und an den Leistungen mit einer pathologiebezogenen Ticketbefreiung durchzuführenden Änderungen zu übermitteln, welche in gegenständlicher Maßnahme vorgesehen sind. Der Sanitätsbetrieb wird aufgefordert, die Änderungen allen beteiligten internen und externen Diensten mitzuteilen;
9. diesen Beschluss im Amtsblatt der Region Trentino-Südtirol zu veröffentlichen.

8. di trasmettere all'Azienda sanitaria le modifiche da apportare al nomenclatore tariffario e alle prestazioni esenti per patologia previste dal presente provvedimento. L'Azienda dovrà comunicare le suddette modifiche a tutti i servizi interni ed esterni interessati;
9. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR  
DER LANDESREGIERUNG

IL SEGRETARIO GENERALE  
DELLA GIUNTA PROVINCIALE

## **Anlage A**

### **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 Gruppen von Indikationen, 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 Veränderungen auf die biochemischen/molekularen Parameter, die Voraussagen zu fetalen Erkrankungen und/oder genetischen und Chromosomen-erkrankungen ermöglichen, 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 (Teil 2 dieser Anlage) 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 Infektionsuntersuchungen:**

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

## **TEIL 2: Zugangskriterien zum nicht-invasiven pränatalen Screening für die Bewertung des Chromosomenrisikos (Abs. 1 Anlage 10C – DPMR 12. Januar 2017)**

### **a) Vorwort**

Gemäß Art. 59 des DPMR 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 zusammen mit anderen fetalen Ultraschall- bzw. Laborparametern mit größerer diagnostischer Empfindlichkeit 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 jenen Patientinnen, die nach der Auswertung des kombinierten Tests des ersten Trimesters in eine mittlere Risikostufe fallen, 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. Der cfDNA/NIPT ermöglicht eine höhere Empfindlichkeit und Spezifität für die Bewertung des Chromosomenrisikos, eine geringere Anzahl an falschen positiven Ergebnissen und eine Reduktion der invasiven Tests (Villozentese und Amniozentese).

### **Zugangskriterien 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, welche diese Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen, können die Bereitstellung des cfDNA/NIPT keinesfalls vonseiten des Landesgesundheitsdienstes beantragen.

Außerdem besteht für die Patientin keine Möglichkeit, kostenpflichtig die Durchführung anderer zusätzlicher Tests für das an das Labor für die Durchführung des NIPT gesendete Material zu verlangen.

### **Sendung der Patientin zur genetischen Beratung**

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

- öffentliche Gynäkologen, oder private mit dem LGD vertragsgebundene Gynäkologen, beide im Besitz der FMF-London-Akkreditierung;



- private, nicht vertragsgebundene Gynäkologen in Südtirol, die im Besitz der FMF-London-Akkreditierung sind;

### **Durchführung der genetischen Beratung und Verschreibung des cfDNA/NIPT-Tests**

Die genetische Beratung (vor und nach dem Test) und die Verschreibung des cfDNA/NIPT-Tests werden von den folgenden Berufsbildern durchgeführt:

- Genetiker des LGD oder
- Gynäkologe des LGD, der speziell für die Beratung vor und nach dem genetischen Test ausgebildet wurde und Experte für fetale Medizin ist und der vom Sanitätsbetrieb unter denjenigen, die über eine FMF-London-Akkreditierung verfügen, ermittelt wurde.

Der eigens dafür ausgebildete Genetiker oder Gynäkologe bietet eine Beratung vor dem Test an, um die schwangere Frau zu informieren, sie zu einer fundierten Entscheidung zu führen und ihre informierte Einwilligung einzuholen.

Auf die Entscheidung der schwangeren Frau, den genetischen Test durchzuführen, folgt die Verschreibung des Tests und der Blutentnahme durch den Genetiker oder Gynäkologen und am Ende des Prozesses die Durchführung einer Beratung nach dem Test, bei der der Bericht übergeben und besprochen wird.

### **Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests**

Wenn der cfDNA/NIPT-Test nicht intern im Sanitätsbetrieb durchgeführt wird, so geschieht das durch einen vom Sanitätsbetrieb ermittelten externen Labor.

Die Blutabnahme für den genetischen Test obliegt den öffentlichen Labors des Landes.

### **Verschreibbare Leistungen und Regeln zur Verschreibung**

<b>Leistungs-code</b>	<b>Beschreibung Leistung</b>	<b>Fachbereich</b>
G9.01	GENETISCHE BERATUNG IN VERBINDUNG MIT DEM TEST. Genetische Beratung bei Patienten mit bereits erstellter spezifischer hypothetischer Diagnose und Verschreibung eines genetischen Tests. <u>Beratung vor dem Test</u> : Erklärung der Vor- und Nachteile des genetischen Tests und Einholung der informierten Einwilligung (sofern nicht im Rahmen der Visite erteilt). <u>Beratung nach dem Test</u> : Erklärung des Ergebnisses des genetischen Tests	CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR, MIKROBIOLOGIE, VIROLOGIE
91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR, MIKROBIOLOGIE, VIROLOGIE

G2.11	<p>GENETISCHER cfDNA/NIPT-TEST FÜR PRÄNATALES NICHT-INVASIVES SCREENING. Fötale DNA-Analyse im mütterlichen Blut mit der DANSRTM-Technik (Digital Analysis of Selected Region) unter Verwendung von Microarrays und quantitativem Fötusfraktionstest (SNP counting). Ausgenommen Blutabnahme (91.49.2). Nicht vereinbar mit der Beratung vor und nach dem Test (G9.01).</p>	<p>CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR, MIKROBIOLOGIE, VIROLOGIE</p>
-------	---	--

Der Code G9.01 beinhaltet die Beratung vor und nach dem Test und ist daher nur einmal zu verschreiben.

Die Verschreibung der Beratung vor dem Test (Cod. G9.01) geht in logischer und zeitlicher Reihenfolge der Verschreibung und der Durchführung des genetischen Tests voraus; daher müssen zwei Rezepte ausgestellt werden, eines für die Beratung und das zweite – falls die Patientin entscheidet den Test durchzuführen - für die Blutabnahme und den genetischen Test.

**d) Zugang und Kostenbeteiligung**

Frauen mit Wohnsitz in Südtirol wird der cfDNA/NIPT-Test mit einer Kostenbeteiligung (Ticket) gewährleistet auf Grund der geltenden Rechtsvorschriften. Der Befreiungscode für Mutterschaft darf nicht verwendet werden.

**e) Durchführung des Tests für außerhalb Südtirol wohnhafte Patientinnen**

Bis zum Inkrafttreten des staatlichen Dekrets bezüglich Festlegung des Tarifverzeichnisses für die ambulanten Facharztleistungen gemäß Art. 64 Abs. 2 DPMR vom 12. Januar 2017 und bis zur Erstellung eines nationalen Protokolls für das nicht-invasive pränatale Screening mit gesamtstaatlicher Gültigkeit, hat die außerhalb Südtirol wohnhafte Patientin, welche über die auf Landesebene gültigen klinischen Anforderungen verfügt (mittleres Risiko im Rahmen des diagnostisch- therapeutischen Landesbetreuungspfades), Zugang zur Verschreibung und Erbringung des cfDNA/NIPT-Tests, wenn:

- die Patientin von einem mit dem NGD verbundenen und über eine FMF-London-Akkreditierung verfügenden Gynäkologen übernommen wurde
- und wenn die Erbringung zu Lasten des Gesundheitsdienstes durch Grenzabkommen mit anderen Regionen vorgesehen ist, oder der Sanitätsbetrieb des Wohnsitzes die Kosten im Voraus übernimmt. Alternativ kann der Test auch durchgeführt werden, nachdem die Patientin sich bereit erklärt, sämtliche Kosten des Tests zu übernehmen.

## **Allegato A**

### **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 indicazioni, 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 (Parte 2 del presente allegato) 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 le 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 in combinazione con altri parametri ecografici fetali e/o di laboratorio 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 alle pazienti che a seguito della valutazione risultante dal Test combinato del primo trimestre risultano a rischio intermedio, 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 correlate ai cromosomi 21, 18, 13.

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 risultino 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.

Non è altresì prevista la possibilità che la paziente possa richiedere l'esecuzione di altri esami aggiuntivi a pagamento sul materiale inviato al Laboratorio per l'esecuzione del NIPT.

### **Invio della paziente per la consulenza genetica**

L'invio della gravida al servizio pubblico per la consulenza genetica precedente l'erogazione del test cfDNA/NIPT può essere effettuato dai seguenti soggetti:

- ginecologo pubblico del Servizio sanitario provinciale (SSP) o privato convenzionato con il SSP ed entrambi in possesso dell'accreditamento FMF di Londra;
- ginecologo privato non convenzionato presente sul territorio altoatesino ed in possesso dell'accreditamento FMF di Londra.

### **Erogazione della consulenza genetica e prescrizione del test cfDNA/NIPT**

L'erogazione della consulenza genetica (pre- e post test) e la prescrizione del test cfDNA/NIPT spettano:

- al genetista del SSP oppure
- al ginecologo del SSP, appositamente formato per la consulenza pre e post-test genetico, nonché esperto in medicina fetale, individuato dall'Azienda sanitaria tra quelli in possesso dell'accreditamento FMF di Londra.

Il genetista o il ginecologo esperto eroga la consulenza pre test volta ad informare la gravida, ad orientarla ad una scelta consapevole e a raccogliere il consenso informato della stessa. Alla decisione della gravida di effettuare il test genetico consegue la prescrizione del test e del prelievo di sangue da parte del genetista o ginecologo esperto e, a conclusione del percorso, l'erogazione della consulenza post-test genetico con consegna e discussione del referto.

### **Erogazione del test cfDNA/NIPT**

L'erogazione del test cfDNA/NIPT, qualora non effettuata in house dall'Azienda sanitaria, è demandato ad un Laboratorio esterno individuato dalla stessa.

Il prelievo di sangue ai fini dell'erogazione del test genetico compete ai Laboratori pubblici presenti sul territorio provinciale.

### **Prestazioni prescrivibili e regole di prescrizione**

<b>Codice prestazione</b>	<b>Descrizione prestazione</b>	<b>Branca specialistica</b>
G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. <u>Consulenza pre-test</u> : spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). <u>Consulenza post-test</u> : spiegazione del risultato del test genetico	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA

G2.11	<p>TEST GENETICO cfDNA/NIPT PER SCREENING PRENATALE NON INVASIVO. Analisi DNA fetale nel sangue materno mediante tecnica DANSRTM (Digital Analysis of Selected Region) mediante microarray e dosaggio quantitativo frazione fetale (SNP counting). Escluso prelievo (91.49.2). Non associabile a consulenza pre e post test genetico (G9.01).</p>	<p>LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA</p>
-------	---	--

Il cod. G9.01 include la consulenza pre-test e post-test, va pertanto codificato una sola volta. La prescrizione della consulenza pre-test (cod. G9.01) precede in ordine logico e temporale la prescrizione e l'erogazione del test genetico; dovranno pertanto essere emesse due ricette, l'una per la consulenza e l'altra – qualora la paziente accettasse di effettuare l'esame- per il prelievo e per il test genetico.

**d) Accesso e compartecipazione alla spesa**

L'erogazione del test cfDNA/NIPT è garantita alle donne residenti in Provincia Autonoma di Bolzano dietro il pagamento della compartecipazione (ticket) ai sensi della normativa vigente. Non può essere utilizzato il codice di esenzione per maternità.

**e) Erogazione alle assistite non residenti in Provincia di Bolzano**

Sino all'entrata in vigore del Decreto nazionale concernente la definizione del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 64 comma 2 DPCM 12 gennaio 2017, e sino alla predisposizione da parte del Ministero di un protocollo di accesso allo screening prenatale non invasivo con valenza nazionale, la paziente non residente in Provincia di Bolzano, in possesso dei requisiti clinici validi a livello provinciale (rischio intermedio ai sensi del Percorso Diagnostico Terapeutico della Provincia Autonoma di Bolzano), può accedere alla prescrizione ed erogazione del test cfDNA/NIPT nei seguenti casi:

- qualora la paziente sia in carico ad un ginecologo pubblico o privato convenzionato con il SSN ed in possesso dell'accreditamento FMF di Londra
- e qualora l'erogazione a carico del Servizio sanitario sia prevista da accordi di confine con altre Regioni oppure l'Azienda sanitaria di residenza accetti preventivamente l'addebito. In alternativa l'erogazione del test può avvenire previa accettazione della paziente che l'onere sia posto a suo totale carico.

## Anlage B

### Genomische Tests für Patientinnen mit lokalisiertem Brustkrebs

Genomische Tests, die an Patienten mit lokalisiertem Brustkrebs durchgeführt werden sollen, sind ein wertvolles Entscheidungsinstrument für Ärzte. Derzeit müssen sich Frauen, die sich der Entfernung von lokalem Brustkrebs unterziehen, neben der Hormontherapie einer variablen Anzahl von Chemotherapiesitzungen unterziehen, wobei nicht immer die Gewissheit besteht, ob diese Behandlung für den Fall tatsächlich nützlich und notwendig ist.

Genomische Tests, die sowohl prognostische als auch prädiktive Funktion haben, ermöglichen es, zusätzliche Informationen über das Molekülmuster und die Aggressivität des Tumors zu erhalten, was es ermöglicht, Tumore zu identifizieren, welche:

- eine größere Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Metastasierung haben, bei denen eine adjuvante Chemotherapie empfohlen wird;
- weniger anfällig für Metastasen oder Wiederholungen sind, bei denen eine Chemotherapie nicht sinnvoll wäre.

Durch den Einsatz dieser Tests hat das medizinische Personal die Möglichkeit, zu unterscheiden sowie, anhand der Aggressivität des einzelnen Tumors eine für die Patientin am besten geeignete Behandlungsform zu erkennen. Dieser Detaillierungsgrad hat sowohl eine Senkung der Verwaltungskosten als auch eine Senkung der Sozialkosten zur Folge.

Dieser Test wird schätzungsweise an etwa 30 berechtigten Frauen pro Jahr durchgeführt, von welchen 50% (15 Fälle) nach der Entfernung des lokalisierten Brustkrebses keine Chemotherapie mehr benötigen und stattdessen die Hormontherapie durchführen werden.

In Anbetracht dieser Tatsachen und dem erfolgten Austausch mit dem zuständigen Personal des Sanitätsbetriebes, sieht diese Maßnahme die Aufnahme der Leistung 91.61.3, welche zusätzlich zu den wesentlichen Betreuungsstandards für die in Südtirol wohnhaften Patienten gewährleistet wird, in das Landestarifverzeichnis vor.

Code	Beschreibung	Tarif (€)
91.61.3	Genomische Tests für histologisch diagnostizierte neoplastische Brusterkrankungen	2.200,00

Es wird darauf hingewiesen, dass der Tarif der genomischen Tests die Anschaffungskosten des Tests ausmacht.

#### **Erbringbarkeitsbedingungen / Zugangskriterien**

\* Die Leistung 91.61.3 kann bei Patientinnen mit radikal operiertem Brustkrebs und positiven Hormonrezeptoren durchgeführt werden, bei denen Zweifel zwischen der Anwendung der Chemotherapie oder der adjuvanten Hormontherapie bestehen. Diese Leistung kann nur von Onkologen bzw. einem Internisten mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiet der Onkologie verschrieben werden, vorbehaltlich der Beteiligung im Rahmen des *Tumorboards* und der Genehmigung des Sanitätsdirektors, oder seines Delegierten, und ist auf dem gesamten Betriebsgebiet gültig.

#### **Kostenbeteiligung**

In Südtirol wohnhaften Frauen wird der Zugang zu genomischen Tests für histologisch diagnostizierte neoplastische Brusterkrankungen unter Einhaltung der oben genannten Erbringbarkeitsbedingungen und Befolgung der geltenden Regelungen zur Kostenbeteiligung (Ticket) gewährleistet.

### **Erbringung an nicht in Südtirol wohnhafte Patientinnen**

Patientinnen, die nicht in Südtirol wohnhaft sind und die von den Zugangskriterien festgelegten Erbringbarkeitsbedingungen erfüllen, können den Test erhalten, wenn die Erbringung zu Lasten des Gesundheitsdienstes durch Grenzabkommen mit anderen Regionen vorgesehen ist, oder der Sanitätsbetrieb des Wohnsitzes die Kosten im Voraus übernimmt.

Alternativ kann der Test erbracht werden, falls die Patientin sich bereit erklärt, sämtliche Kosten des Tests zu übernehmen.



## Allegato B

### Test genomici per pazienti affette da carcinoma mammario localizzato

I test genomici da erogare alle pazienti affette da carcinoma mammario localizzato rappresentano un valido strumento decisionale per i clinici. Ad oggi, le donne che si sottopongono ad asportazione di carcinoma mammario localizzato devono, in aggiunta alla terapia ormonale, sottoporsi ad un numero variabile di sedute di chemioterapia non avendo però certezza dell'utilità e della necessità effettiva del trattamento.

I test genomici, oltre ad avere funzione sia prognostica che predittiva, consentono di acquisire informazioni aggiuntive sul profilo molecolare e sull'aggressività del tumore, permettendo di individuare i tumori che:

- hanno una maggiore possibilità di recidivare o metastatizzare, per i quali è indicato il trattamento chemioterapico adiuvante;
- hanno una minore probabilità di metastatizzare o recidivare, per i quali il trattamento chemioterapico non è indicato.

Mediante l'utilizzo di questi test il personale medico ha quindi la possibilità di discernere, e a sua volta di identificare, la tipologia di trattamento più appropriata per una paziente in base all'aggressività del singolo tumore.

Questo livello di dettaglio comporta sia una riduzione dei costi gestionali, sia una riduzione dei costi sociali.

Si stima che questo test verrà erogato a circa 30 donne eleggibili all'anno e circa il 50% di queste (15 casi) non dovrà più sottoporsi a cicli di chemioterapia post asportazione di carcinoma mammario localizzato e seguirà la strada dell'ormonoterapia.

Alla luce di quanto sopra e della corrispondenza intercorsa con il personale competente dell'Azienda sanitaria, con il presente provvedimento si dispone l'inserimento nel Nomenclatore tariffario provinciale della prestazione 91.61.3, che costituisce un Livello aggiuntivo di assistenza offerto ai pazienti residenti in Provincia di Bolzano.

Codice	Descrizione	Tariffa (€)
91.61.3	Test genomici per patologia mammaria neoplastica istologicamente diagnosticata	2.200,00

Si precisa che la tariffa dei test genomici valorizza il costo d'acquisto del test.

#### **Condizioni di erogabilità/criteri d'accesso**

\* La prestazione 91.61.3 può essere erogata a pazienti affette da carcinoma mammario operato radicalmente e con recettori ormonali positivi, dove vi sia dubbio tra impiego di chemioterapia o ormonoterapia adiuvante.

Questa prestazione è prescrivibile solo da specialisti della disciplina di oncologia e/o un medico internista con una particolare esperienza nel settore oncologico, previa condivisione in ambito di *tumorboard*, di autorizzazione del Direttore sanitario o di un suo delegato e vale su tutto il territorio aziendale.

#### **Compartecipazione alla spesa**

Alle donne residenti in Provincia di Bolzano è garantito l'accesso ai test genomici per patologia mammaria neoplastica istologicamente diagnosticata nel rispetto delle condizioni di erogabilità di cui sopra e seguendo le regole della compartecipazione alla spesa (ticket) vigenti.

#### **Erogazione alle assistite non residenti in Provincia di Bolzano**

Le pazienti non residenti in Provincia di Bolzano che soddisfano i criteri d'accesso disciplinati nelle condizioni di erogabilità possono ricevere il test qualora l'erogazione a carico del Servizio Sanitario sia prevista da accordi di confine con altre Regioni oppure l'Azienda sanitaria di residenza accetti preventivamente l'addebito. In alternativa l'erogazione del test può avvenire previa accettazione della paziente che l'onere sia posto a suo totale carico.

**ALLEGATO C - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G. P. n. 2573 del 15.06.1998  
ANLAGE C - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.Reg. Nr. 2573 vom 15.06.1998**

**Parte 1/Teil 1: INSERIMENTO DI NUOVE PRESTAZIONI - EINFÜHRUNG VON NEUEN LEISTUNGEN**

Tipo prestaz. / Leistungsart	Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione	Beschreibung	Tariffa / Tarif (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
PSA	*	I	91.61.3	Test genomici per patologia mammaria neoplastica istologicamente diagnosticata	Genomtests für histologisch diagnostizierte neoplastische Brusterkrankungen	2.200,00	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA / CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR- MIKROBIOLOGIE - VIROLOGIE	6.5.2019
PSA		I	89.58.9	Misurazione dell'Indice pressorio Caviglia/Braccio (ABI o Indice di Winsor)	Messung des Knöchel-/Arminde (ABI oder Winsor-Index)*	13,00	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA / GEFÄSS- UND THORAXCHIRURGIE	6.5.2019
PSA	*	I	G2.11	TEST GENETICO cfDNA/NIPT PER SCREENING PRENATALE NON INVASIVO. Analisi DNA fetale nel sangue materno mediante tecnica DANSRTM (Digital Analysis of Selected Region) mediante microarray e dosaggio quantitativo frazione fetale (SNP counting). Escluso prelievo (91.49.2). Non associabile a consulenza pre e post test genetico (G9.01).	GENETISCHER cfDNA/NIPT-TEST FÜR PRÄNATALES NICHT-INVASIVES SCREENING. Fötale DNA-Analyse im mütterlichen Blut mit der DANSRTM-Technik (Digital Analysis of Selected Region) unter Verwendung von Microarrays und quantitativem Fötusfraktionstest (SNP counting). Ausgenommen Butabnahme (91.49.2). Nicht vereinbar mit der Beratung vor und nach dem Test (G9.01).	380,00	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA/ CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR- MIKROBIOLOGIE- VIROLOGIE	6.5.2019
PSA	*	I	G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	GENETISCHE BERATUNG IN VERBINDUNG MIT DEM TEST. Genetische Beratung bei Patienten mit bereits erstellter spezifischer hypothetischer Diagnose und Verschreibung eines genetischen Tests. Beratung vor dem Test: Erklärung der Vor- und Nachteile des genetischen Tests und der informierten Zustimmung (sofern nicht im Rahmen der Visite erteilt). Beratung nach dem Test: Erklärung des Ergebnisses des genetischen Tests.	22,00	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA/ CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR- MIKROBIOLOGIE- VIROLOGIE	6.5.2019

**Parte 1/Teil 1: MODIFICA PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3) - ÄNDERUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3)**

Tipo prestaz. / Leistungsart	Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione	Beschreibung	Tariffa / Tarif (€)	Tariffa priv. pagante /Tariff für private Bezahler (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
PSA	*H	A	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE - Incluso: visita pre intervento, intervento, visite di controllo entro 30-45 giorni, biometria	KATARAKT OPERATION MIT ODER OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisiten innerhalb 30-45 Tagen, Biometrie	1.100,00		OCULISTICA / AUGENHEILKUNDE	6.5.2019
PSA		N	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA - Attinoterapia. Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta (ciclo di sei sedute)	BEHANDLUNG MIT ULTRAVIOLETTEM LICHT. Lichttherapie Selektive UV-Therapie (UVA, UVB). Pro Sitzung (Zyklus zu 6 Sitzungen)	8,80		DERMATOLOGIA / DERMATOLOGIE	6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	INVITRO-BEFRUCHTUNG MIT ODER OHNE INTRAZITOPLASMATISCHER HETEROLOGER INSEMINATION (ICSI) MIT GEFRORENEN EIZELLEN. Inbegriffen: Kultur. Inbegriffen: Auftauen.	1.835,00		OSTETRICIA E GINECOLOGIA / GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019
V	HR	I	69.9210	SELEZIONE SPERMATOZOI CON IMSI	SELEKTION DER SAMENZELLEN MITTELS IMSI		600,00		6.5.2019
V	*HR	I	2012	SERVIZIO DI DEPOSITO DI TESSUTO IN CRIOCONSERVAZIONE - Tariffa annua	LAGERUNGSDIENST FÜR DAS KRYOKONSERVIERTE GEWEBE - Jahresgebühr		400,00		6.5.2019
PSA	*HR	N	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up oocitario]. Prelievo oociti. Inclusa valutazione oocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	US- GESTEUERTE NADELASPIRATION VON FOLLIKELN [Eizellen-Pickup]. Eizellen-Entnahme. Beurteilung der Eizellen inbegriffen. Inbegriffen: evt. Einfrieren und Aufbewahren	742,00		OSTETRICIA E GINECOLOGIA/ GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019

PSA		I	90.60.7	<b>MICROPOLISPORE FAENI (IMMUNDIFFUSIONE)</b>	<b>MICROPOLISPORE FAENI (IMMUNDIFFUSION)</b>	6,60		LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE - MICROBIOLOGIA - VIROLOGIA / CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR - MIKROBIOLOGIE - VIROLOGIE	6.5.2019
PSA		I	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	HYSTEROSALPINGOSONOGRAPHE Nicht vereinbar mit Hysterosalpingographie (87.83) und Hysterosonographie (87.83.2)	61		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE - GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019
PSA		I	87.83.2	ISTEROSONOGRRAFIA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	HYSTEROSONOGRAPHE [Hydrosonographie]. Nicht vereinbar mit gynäkologischem Ultraschall (88.78.2)	46		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE - GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019
PSA	R	I	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		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE - GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019
PSA	*R	I	88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucleare. Incluso: consulenza pre e post test combinato	GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL zur Untersuchung der Nackentransparenz. Inbegriffen: Beratung vor und nach dem Kombinierten Test	40,00		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA / INSTRUMENTALDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE - GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	6.5.2019

**INSERIMENTO/MODIFICA NOTE (Allegato 2) - EINFÜGUNG/ÄNDERUNG ANMERKUNGEN (Anlage 2)**

Tipo prestaz. / Leistungsart	Nota naz. / st. Anmerk.	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione / Beschreibung	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
PSA	*	I	91.61.3	*= Pazienti affette da carcinoma mammario operato radicalmente e con recettori ormonali positivi, residenti in Provincia di Bolzano dove vi sia dubbio tra impiego di chemioterapia o ormonoterapia adiuvante. Questa prestazione è prescrivibile solo da specialisti della disciplina di oncologia e/o un medico internista con una particolare esperienza nel settore oncologico, previa condivisione in ambito di tumorboard, autorizzazione del Direttore sanitario o un suo delegato e vale su tutto il territorio aziendale.	6.5.2019
PSA				*= Patienten mit radikal operiertem Brustkrebs und positiven Hormonrezeptoren, die in der Provinz Bozen ansässig sind, wo es Zweifel an der Anwendung von Chemotherapie oder adjuvanter Hormontherapie gibt. Diese Leistung kann nur von Onkologen bzw. einem Internisten mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiet der Onkologie verschrieben werden, vorbehaltlich der Beteiligung im Rahmen eines tumorboards, der Genehmigung des Gesundheitsdirektors, oder seines Delegierten und ist im gesamten Betrieb gültig.	
PSA				*= Le prestazioni post ricovero sono quelle individuate dal medico nella cartella clinica e sono erogate indicativamente entro 30-45 giorni	
PSA	*H	A	13.19.1	*= Queste prestazioni dopo il ricovero in ospedale sono quelle indicate dal medico nella cartella clinica e sono erogate indicativamente entro 30-45 giorni di ricovero.	6.5.2019
PSA				* = Prestazione da erogarsi nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle seguenti condizioni: a) età della donna fino a 45 anni e 364 giorni; b) ripetibilità della prestazione, in caso di insuccesso fino a 6 cicli. Ciascun ciclo da Agoaspirazione follicolare (65.11) fino a uno o più trasferimenti embrionari (69.92.5). Nel computo dei cicli totali non vanno compresi anche i cicli di PMA omologa di 2° e 3° livello;	6.5.2019
PSA	*	I	69.92.8	* = Leistung, die im Bereich der medizinisch-assistierten Fortpflanzung im Hinblick auf die folgenden Voraussetzungen erfolgt: a) Alter der Frau bis zu 45 Jahren und 364 Tagen; b) Wiederholung der Leistung, im Falle des nicht erfolgreichen Abschlusses bis zu 6 Zyklen. Jeder Zyklus von Nadelaspiration von Follikeln (65.11) bis zu einem oder mehrere Embryotransphäre (69.92.5). Bei der Gesamtberechnung sind nicht die Zyklen der homologen medizinisch-assistierten Fortpflanzung der 2. und 3. Ebene erhalten.	
PSA	*HR	I	65.11		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.B		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.2		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.3		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.4		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.5		6.5.2019
PSA	HR	I	69.92.6	R= Prestazioni erogabili presso il Centro di sterilità del Reparto Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Brunico. R=Leistungen, welche im Zentrum für Reproduktionsmedizin an der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie in Bruneck erbracht werden.	6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.7		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.8		6.5.2019
PSA	*HR	I	69.92.9		6.5.2019
V	HR	T	69.9210		6.5.2019
V	*HR	T	2012		6.5.2019
PSA	*HR	N	69.92	R= Prestazioni erogabili presso gli ospedali di Bolzano, Bressanone, Brunico e Merano con sede a Merano	6.5.2019
PSA	HR	N	69.92.1	Leistungen, welche in den Krankenhäuser von Bozen, Brixen, Bruneck und Meran mit Sitz in Meran erbracht werden.	6.5.2019
PSA		N	88.78.1		6.5.2019
PSA	*	I	G2.11	Prestazione da erogarsi esclusivamente nell'ambito del percorso provinciale di screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio cromosomico (approvato con deliberazione della G.P. 1413 dd. 28.12.2018 e successive modifiche ed integrazioni). La prestazione è prescrivibile dal genetista del SSP o dal ginecologo del SSP, appositamente formato per la consulenza pre e post-test genetico, nonché esperto in medicina fetale, individuato dall'Azienda sanitaria tra quelli in possesso dell'accreditamento FMF di Londra. Hanno accesso all'erogazione del test cfDNA/NIPT le donne che nel primo trimestre di gravidanza e a seguito della valutazione del Test combinato risultino appartenere alla classe di rischio intermedia ai sensi del vigente Percorso diagnostico terapeutico della Provincia Autonoma di Bolzano e che sono in possesso dei requisiti previsti dal protocollo di accesso allo screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio cromosomico. L'erogazione del test cfDNA/NIPT alle donne residenti in Provincia di Bolzano, in possesso dei requisiti di accesso richiamati, è garantito dietro partecipazione (ticket), salvo i casi di esenzione previsti dalla normativa vigente. L'erogazione alle donne non residenti, purché in possesso dei richiamati requisiti di accesso, è garantito solamente se inviate da un ginecologo convenzionato con il SSN ed in possesso dell'accreditamento FMF di Londra qualora l'erogazione sia prevista da accordi di confine ovvero/e l'Azienda sanitaria di residenza accetti preventivamente l'addebito. In alternativa l'erogazione del test può avvenire previa accettazione della paziente che l'onere sia posto a suo totale carico.  Diese Leistung ist ausschließlich im Rahmen des nicht-invasiven pränatalen Screening-Programms des Landes zur Bewertung des Chromosomenrisikos zu erbringen (genehmigt durch Beschluss der L.R. 1413 vom 28.12.2018 in geltender Fassung). Die Leistung wird vom Genetiker des LGD oder von einem Gynäkologen des LGD verschrieben, der speziell für die Beratung vor und nach dem Gentest ausgebildet wurde, sowie ein Experte für fetale Medizin, der vom Sanitätsbetrieb unter denjenigen, die über eine FMF London-Akkreditierung in London verfügen, ermittelt wurde. Zugang zum cfDNA/NIPT-Test haben Frauen, die im ersten Schwangerschaftsdrittel und nach Auswertung des kombinierten Tests gemäß dem derzeitigen diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfad der Autonomen Provinz Bozen zur mittleren Risikoklasse gehören und welche die Voraussetzungen des Zugangskriterien zum nicht-invasiven pränatalen Screening zur Beurteilung des Chromosomenrisikos erfüllen. Die Durchführung des cfDNA/NIPT-Tests für Frauen mit Wohnsitz in der Provinz Bozen, welche die oben genannten Zugangsvoraussetzungen erfüllen, ist mit einer Kostenbeteiligung (Ticket) gewährleistet, außer in den in der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Ausnahmefällen. Die Erbringung an nicht in Südtirol ansässige Frauen ist nur dann gewährleistet, sofern sie die oben genannten Zugangsvoraussetzungen erfüllen und wenn sie von einem mit dem NGD vertragsgebundenen und über eine FMF-London-Akkreditierung verfügenden Gynäkologen gesendet werden und wenn die Erbringung in Grenzvereinbarungen vorgesehen ist, oder der Sanitätsbetrieb des Wohnortes die Kosten im Voraus genehmigt. Alternativ kann der Test auch durchgeführt werden, nachdem die Patientin sich bereit erklärt, sämtliche Kosten des Tests zu übernehmen.	6.5.2019

PSA	*	I	G9.01	Nell'ambito del percorso provinciale di screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio cromosomico (approvato con deliberazione della G.P. 1413 dd. 28.12.2018 e successive modifiche ed integrazioni), la prestazione è erogabile esclusivamente dal genetista del SSP o dal ginecologo del SSP, appositamente formato per la consulenza pre e post-test genetico, nonché esperto in medicina fetale, individuato dall'Azienda sanitaria tra quelli in possesso dell'accreditamento FMF di Londra.	6.5.2019
				Im Rahmen des Leistungspfades des Landes des nicht-invasiven pränatalen Screenings zur Bewertung des Chromosomenrisikos (genehmigt durch Beschluss der L.R. 1413 vom 28.12.2018 in geltender Fassung) wird die Leistung ausschließlich vom Genetiker des LGD oder vom Gynäkologen des LGD erbracht, die speziell für die Beratung vor und nach dem Gentest ausgebildet wurden und Experten für fetale Medizin sind und die vom Sanitätsbetrieb unter denjenigen, die über eine FMF London-Akkreditierung in London verfügen, ermittelt wurden.	
PSA	R	I	88.78.3	R = Erogabile solo dalle strutture dotate di apposita apparecchiatura.	6.5.2019
				R = Darf nur in Einrichtungen mit den nötigen Vorrichtungen erbracht werden.	
PSA	*R	I	88.78.4	* = In associazione ad indagini di laboratorio 90.43.1 secondo Linee guida per la gravidanza.	6.5.2019
				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.	

**ALLEGATO D - Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G. P. n. 1492 del 28.12.2017  
ANLAGE D - Änderungen und Ergänzungen zum Beschluss der L.Reg. Nr. 1492 vom 28.12.2017**

**Parte 1/Teil 1: INSERIMENTO DI NUOVE PRESTAZIONI - EINFÜHRUNG VON NEUEN LEISTUNGEN**

Tipo prestaz. / Leistungsart	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione	Beschreibung	Tariffa/ Tarif (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
NPIA	I	850.210	Colloquio psicologico-clinico con paziente affetto da disturbi dello spettro autistico, osservazione	Psychologisches / klinisches Gespräch mit Patienten mit Störungen des autistischen Spektrums, Beobachtung	64,62	PSICHIATRIA / PSYCHIATRIE	6.5.2019

**Parte 1/Teil 1: MODIFICA PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3) - ÄNDERUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3)**

Tipo prestaz. / Leistungsart	Nota prov. / L. Anmerk.	Codice / Code	Descrizione	Beschreibung	Tariffa / Tarif (€)	Branca / Branche	Data inizio validità / Beginn der Gültigkeit
NPIA	I	850.201	Colloquio psicologico-clinico, osservazione	Psychologisches / klinisches Gespräch, Beobachtung	48,46	PSICHIATRIA / PSYCHIATRIE	6.5.2019

**INTEGRAZIONI ALL'ELENCO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI CONTENUTE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI RIFERITI AI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO 0-21 ANNI (TD-NPI) / ERGÄNZUNGEN AM VERZEICHNIS DER EINZELNEN LEISTUNGEN DER BETREUUNGSPROZESSE BEZÜGLICH STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS 0-21 JAHRE (TD-NPI)**

(aggiorna l'allegato A3 della DGP 1492 del 28.12.2017) / (aktualisiert den Anlage A3 des LB 1492 vom 28.12.2017)

Nuovi inserimenti / neue Einführungen

COD_NPI	DESCRIZIONE / BESCHREIBUNG	FIGURA PROFESSIONALE / BERUFSBILD	TEMPO MEDIO / DURCHSCHNITTLICHE DAUER	prov.ut/Nutzerpr.	Tariffa / Tarif
850.210	Colloquio psicologico-clinico con paziente affetto da disturbi dello spettro autistico, osservazione	PSICOLOGO	60	paziente / genitori	64,62
850.210	Psychologisches / klinisches Gespräch mit Patienten mit Störungen des autistischen Spektrums, Beobachtung	PSYCHOLOGE	60	Patient / Eltern	64,62

**MODIFICHE ALL'ELENCO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI CONTENUTE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI RIFERITI AI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO 0-21 ANNI (TD-NPI) / ÄNDERUNGEN AM VERZEICHNIS DER EINZELNEN LEISTUNGEN DER BETREUUNGSPROZESSE BEZÜGLICH STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS 0-21 JAHRE (TD-NPI)**

(aggiorna l'allegato A3 della DGP 1492 del 28.12.2017) / (aktualisiert den Anlage A3 des LB 1492 vom 28.12.2017)

Modifiche / Änderungen

COD_NPI	DESCRIZIONE / BESCHREIBUNG	FIGURA PROFESSIONALE / BERUFSBILD	TEMPO MEDIO / DURCHSCHNITTLICHE DAUER	prov.ut/Nutzerpr.	Tariffa / Tarif
850.201	Colloquio psicologico-clinico, osservazione	PSICOLOGO	45	paziente / genitori	48,46
850.201	Psychologisches / klinisches Gespräch, Beobachtung	PSYCHOLOGE	45	Patient / Eltern	48,46

Il Processo sotto elencato (850.A01) sostituisce il corrispondente processo NPI-AU della DGP n.1492 del 28.12.2017 (Allegato A2 / Anlage A2) /  
Der unten angeführte Prozess (850.A01) ersetzt den jeweiligen Prozess NPI-AU des Beschlusses der LG Nr.1492 vom 28.12.2017

Funzione Ambulatorio AREA pazienti 0 - 21 anni	850.A01	VALUTAZIONE PSICOLOGICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)			491,08
<i>Condizioni di erogabilità: erogabile una volta l'anno</i>					
n. prestazioni	COD_NPI	descrizione prestazioni	tempo medio	profilo di utenza	fig. prof.
1	850.208	Prima valutazione psicologica	60 min	paziente / genitori	PSICOLOGO
	<b>850.210</b>	Colloquio psicologico-clinico con paziente affetto da disturbi dello spettro autistico, osservazione	<b>60 min</b>	paziente / genitori	PSICOLOGO
4	850.225	Somministrazione test diagnostici per valutazione	45 min	paziente	PSICOLOGO
1	850.209	Colloquio anamnestico dello psicologo	60 min	genitori	PSICOLOGO
1	850.259	Incontro di equipe interdisciplinare	60 min	professionisti	PSICOLOGO
1	850.226	Stesura di progetto educativo-riabilitativo	90 min	genitori / professionista inviante	PSICOLOGO
1	850.265	Consulenza / colloquio di restituzione diagnostica dello psicologo	90 min	genitori	PSICOLOGO

Ambulanzfunktion: BEREICH Patienten (0-21)	850.A01	PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)			491,08
<i>Erbringbarkeitsbedingungen: 1 Mal pro Jahr wiederholbar</i>					
Anzahl Leistungen	COD_NPI	Beschreibung Leistungen	Durchschnittl. Dauer	Nutzerprofil	Berufsbild
1	850.208	Erste psychologische Bewertung	60 Min.	Patient / Eltern	PSYCHOLOGE
	<b>850.210</b>	Psychologisches / klinisches Gespräch mit Patienten mit Störungen des autistischen Spektrums, Beobachtung	<b>60 Min.</b>	Patient / Eltern	PSYCHOLOGE
4	850.225	Durchführung diagnostischer Bewertungstests	45 Min.	Patient	PSYCHOLOGE
1	850.209	Gespräch über die Krankheitsgeschichte mit dem Psychologen	60 Min.	Eltern	PSYCHOLOGE
1	850.259	Fachübergreifende Teamsitzung	60 Min.	Fachleute	PSYCHOLOGE
1	850.226	Erstellung eines pädagogischen und rehabilitativen Behandlungsplanes	90 Min.	Eltern / verschreibender Fachspezialist	PSYCHOLOGE
1	850.265	Beratung / zusammenfassendes Abschlussgespräch des Psychologen	90 Min.	Eltern	PSYCHOLOGE









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

Der Amtsdirektor 29/03/2019 09:31:22 Il Direttore d'ufficio  
TARGA PATRICK

Der Abteilungsdirektor 29/03/2019 09:38:11 Il Direttore di ripartizione  
SCHROTT LAURA

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

Rientra in precedente impegno /  
Bereits zweckgebunden  
Delibera/Beschluss nr./Nr. 1282  
del/vom 04.12.2018 € 148.000,00  
Cap./Kap. U13011.0000

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen  
ermittelt

accertato  
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 29/03/2019 10:03:25 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 Landesrat  
L'Assessore

SCHULER ARNOLD

02/04/2019

Der Generalsekretär  
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

02/04/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 28 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: Arnold Schuler*

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 28 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

02/04/2019

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