

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

Nr. 1136
Sitzung vom 19/12/2023
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Waltraud Deeg
Giuliano Vettorato
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Massimo Bessone
Maria Hochgruber Kuenzer
Arnold Schuler

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Bestimmungen zum Inkrafttreten der neuen
WBS/LEA für die ambulante Fachmedizin
und Regelungen zur Ticketbefreiung

Oggetto:

Disposizioni in materia di entrata in vigore
dei nuovi LEA per la specialistica
ambulatoriale e disciplina in materia di
esenzione dalla compartecipazione alla
spesa sanitaria

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung
nimmt Folgendes zur Kenntnis:

Das Ministerialdekret Nr. 329 vom 28.05.1999 "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", legt die chronischen und Invalidität verursachenden Krankheitszustände fest, die zu einer Befreiung von der Kostenbeteiligung an den damit verbundenen Gesundheitsleistungen berechtigen.

Das MD Nr. 296 vom 21.05.2001, das die „Regelung zur Aktualisierung des MD Nr. 329 vom 28. Mai 1999“ enthält, aktualisiert das MD Nr. 329/1999 folgendermaßen:

- 1) Unterteilung der Krankheiten des Kreislaufsystems (Code 002) in 3 Unterkategorien:
 - a) Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufs;
 - b) zerebrovaskuläre Erkrankungen;
 - c) Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße;
- 2) eine andere Bezeichnung für den Befreiungscode „031“ ist vorgesehen: „Arterielle Hypertonie“ anstelle von „Hypertensive Krankheit“, und die Befreiung für bestimmte Leistungen wird auch auf Personen ausgeweitet, die zwar einen weniger schweren klinischen Zustand aufweisen, aber relativ häufig Leistungen benötigen, um etwaige Komplikationen zu vermeiden.

Das ministerielle Rundschreiben Nr. 13 vom 13.12.2001 „Indicazioni per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare“ sieht Folgendes für die Vormerkung vor, falls dies aus organisatorischen oder Kontrollgründen erforderlich ist:

- a) Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Code 002) können in 3 Gruppen unterteilt werden, die sich durch folgende Codes unterscheiden:
 - A02 „Krankheiten des Herzens und des Lungenkreislaufs“;
 - B02 „zerebrovaskuläre Erkrankungen“;
 - C02 „Krankheiten der Arterien,

La Giunta Provinciale
prende atto di quanto segue:

Il decreto ministeriale n. 329 del 28/05/1999, "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", individua le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate.

Il D.M. n. 296 del 21/05/2001, recante "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329", aggiorna il DM n. 329/1999, in tal senso:

- 1) suddividendo le affezioni del sistema circolatorio (codice 002) in 3 sottocategorie:
 - a) malattie cardiache e del circolo polmonare;
 - b) malattie cerebrovascolari;
 - c) malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici;
- 2) prevedendo una diversa denominazione del codice di esenzione "031": "ipertensione arteriosa" invece di "malattia ipertensiva", ed estendendo l'esenzione per alcune prestazioni anche a quei soggetti che, pur presentando una condizione clinica di minore gravità, hanno necessità relativamente frequente di prestazioni per la prevenzione delle eventuali complicanze.

La circolare ministeriale n. 13 del 13/12/2001 "Indicazioni per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare", ai fini della prenotazione, qualora esigenze di tipo organizzativo o di controllo lo richiedano, ha previsto che:

- a) le malattie del sistema cardio-circolatorio (codice 002) potrebbero essere divise in 3 gruppi contraddistinti dai seguenti codici
 - A02 "Malattie cardiache e del circolo polmonare";
 - B02 "Malattie cerebrovascolari";
 - C02 "Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici";

Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße";

- b) Bluthochdruck ohne Organschäden (weniger schwere Form) kann mit dem Code „A31“ anstelle des Codes „031“ verschrieben werden.

Mit Dekret vom 17. März 2008 als Überarbeitung des Ministerialdekrets vom 18. Mai 2004, hat das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen neue Bestimmungen bezüglich der Verwendung des roten Rezeptblocks für die Verschreibung von Gesundheitsleistungen eingeführt. Anhang 12 des genannten Dekrets enthält die nationale Kodierung der Bedingungen für die Ticketbefreiung sowie die Anweisungen für die Zuteilung des Codes, der die Art der Befreiung identifiziert, und sieht außerdem vor, dass allen Befreiungscodes für chronische und Invalidität verursachende Krankheiten, die im Ministerialdekret Nr. 329/1999 vorgesehen sind, die Zahl 0 (Null) vorangestellt wird. Auf dem Landesgebiet sind derzeit sowohl die oben genannten Bestimmungen als auch weitere spezifische örtliche Bestimmungen über die Ticketbefreiung in Kraft.

Festgestellt, dass in Südtirol bisher andere Befreiungscodes für chronische und Invalidität verursachende Krankheiten als jene auf gesamtstaatlicher Ebene benutzt wurden, was auf überregionaler Ebene zu Unstimmigkeiten und folglich zu Unannehmlichkeiten für ticketbefreite Personen geführt hat, ist es nötig diese Codes an die von den gesamtstaatlichen Bestimmungen vorgesehen Richtlinien anzupassen.

Folglich:

- treten am 18.12.2023 die Befreiungscodes 0A02, 0B02, 0A31 und 0031 in Kraft und ersetzen die Codes A02, B02, A31 und 031, die bisher in Südtirol für Verschreibungen in Bezug auf chronische und Invalidität verursachende Krankheiten verwendet wurden;
- können ab diesem Datum während einer Übergangszeit von etwa 6 Monaten, d. h. bis spätestens

- b) l'ipertensione arteriosa senza danno d'organo (forma meno grave) possa essere prescritta utilizzando il codice "A31" invece del codice "031".

Con decreto del 17/03/2008, a revisione del DM 18/05/2004 il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha introdotto nuove disposizioni relative all'impiego del ricettario per la prescrizione delle prestazioni sanitarie. L'allegato 12 del succitato decreto ministeriale contiene la codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa, nonché le istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione e prevede altresì che tutti i codici di esenzione per malattie croniche invalidanti previsti dal D.M. n. 329/1999 vengano preceduti dal numero 0 (zero). Sul territorio provinciale attualmente vigono sia le disposizioni da ultimo richiamate, che ulteriori specifiche previsioni locali in materia di esenzione alla partecipazione alla spesa.

Preso atto che la Provincia autonoma di Bolzano ha utilizzato fino ad oggi alcuni codici di esenzione per malattie croniche ed invalidanti diversi da quelli previsti a livello nazionale dal D.P.C.M. 12/01/2017, fatto che ha determinato delle incongruenze a livello interregionale, con conseguente disagio per i soggetti esenti, si ravvisa la necessità di allineare tali codici a quelli previsti dalle disposizioni nazionali.

Pertanto:

- in data 18/12/2023 entreranno in vigore i codici di esenzione 0A02, 0B02, 0A31 e 0031 in sostituzione, rispettivamente, dei codici A02, B02, A31 e 031, utilizzati fino ad oggi in Provincia di Bolzano per le prescrizioni relative a malattie croniche ed invalidanti;
- a partire da questa data, per un periodo transitorio di circa 6 mesi, ovvero fino e non oltre al 30/06/2024,

30.06.2024, noch Vormerkungen unter Verwendung des bisherigen Befreiungscodes vorgenommen werden, sofern die Erbringung bis spätestens 31.12.2024 erfolgt.

sarà ancora possibile effettuare prenotazioni utilizzando il codice di esenzione precedente, a condizione che l'erogazione abbia luogo entro e non oltre il 31/12/2024.

Die im vorstehenden Absatz genannten Befreiungscodes sind in Anlage A, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, „Anpassung der Befreiungscodes auf Landesebene an die im Ministerialdekret 17.3.2008 festgelegten Codes“, enthalten.

I codici di esenzione di cui al paragrafo precedente sono riportati nell'Allegato A, parte integrante alla presente deliberazione "Allineamento dei codici di esenzione provinciali ai codici previsti dal DM 17/3/2008".

Mit Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" wurde das neue Tarifverzeichnis für die ambulante fachärztliche Betreuung eingeführt, das mit den Anhängen 8 und 8/bis die im MD vom 17.3.2008 festgelegten Befreiungscodes in Bezug auf chronische und Invalidität verursachende Krankheiten übernimmt.

Con il D.P.C.M. 12/01/2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" è stato introdotto il nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, che con gli Allegati 8 e 8-bis ha recepito, con riferimento alle malattie croniche e invalidanti, i codici di esenzione previsti dal D.M. 17/03/2008.

Mit Beschluss Nr. 457 vom 18.04.2017 hat die Landesregierung die wesentlichen Betreuungsstandards ("LEA") auf der Grundlage der Bestimmungen des DPMR vom 12.01.2017 aktualisiert und damit die Anlage 8/bis des genannten Dekrets umgesetzt, in der sowohl das Verzeichnis der chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten und Zustände, die zu einer Befreiung berechtigen, als auch die damit verbundenen Leistungen, die mit einer Befreiung verschrieben werden können, festgelegt sind.

Con deliberazione n. 457 del 18/04/2017 la Giunta provinciale ha aggiornato i livelli essenziali di assistenza (LEA), sulla base di quanto disposto dal D.P.C.M. 12/01/2017, recependo così l'Allegato 8-bis del citato decreto che definisce sia l'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione, sia le relative prestazioni che possono essere prescritte in esenzione.

Das genannte DPMR regelt in den Artikeln 15 und 16 die ambulante fachärztliche Betreuung und die entsprechenden Bedingungen für ihre Erbringung. In Artikel 64 desselben Dekrets wurde jedoch festgelegt, dass die in den genannten Artikeln enthaltenen Bestimmungen zur ambulanten fachärztlichen Betreuung erst ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des Dekrets des Gesundheitsministers im Einvernehmen mit dem Wirtschafts- und Finanzminister in Kraft treten, in dem die Höchstarife für die in den genannten

Il suddetto D.P.C.M. agli articoli 15 e 16 ha disciplinato l'assistenza specialistica ambulatoriale e le relative condizioni di erogabilità. Tuttavia, l'articolo 64 del decreto medesimo stabiliva che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale di cui ai predetti articoli sarebbero entrate in vigore solamente dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, contenente la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle richiamate disposizioni.

Bestimmungen vorgesehenen Leistungen festgelegt werden.

Die Anlagen 4 und 8 des DPMR der wesentlichen Betreuungsstandards, die jeweils das neue Verzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen und das aktualisierte Verzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen, die mit Befreiung verschrieben werden können, enthalten, werden daher erst nach dem Inkrafttreten des neuen Tarifverzeichnisses für die ambulante fachärztliche Betreuung angewandt.

Mit dem interministeriellen Dekret vom 23.06.2023 wurden die maximalen Bezugstarife für die Vergütung von ambulanten fachärztlichen Leistungen festgelegt, die zulasten des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes erbracht werden können.

In Anbetracht folgender Tatsachen:

- die Regionen und die autonomen Provinzen Trient und Bozen haben das Gesundheitsministerium auf erhebliche kritische Punkte technisch-informatischer Art im Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Tarifverzeichnisses bis zum Stichtag 01.01.2024 hingewiesen;
- die Umsetzung der neuen wesentlichen Betreuungsstandards hat erhebliche Auswirkungen auf die Informations- und Organisationssysteme der Sanitätsbetriebe, und der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat erklärt, dass es unmöglich ist, alle betroffenen Informationssysteme bis zum 01.01.2024 zu aktualisieren;
- der Sanitätsbetrieb hat mitgeteilt, dass eine Aktualisierung aller Systeme frühestens zum 01.04.2024 möglich sein wird.

In Erwartung der Festlegung der Vereinbarung zwischen dem Staat, den Regionen und den autonomen Provinzen Trient und Bozen über die zeitliche Flexibilität des Inkrafttretens der neuen Bestimmungen und in Übereinstimmung mit der Aktualisierung aller Anwendungen, ist die tatsächliche Verwendung der Codes der ambulanten fachärztlichen Betreuung für die Verschreibung ab dem

Pertanto, gli Allegati 4 ed 8 del D.P.C.M. LEA, contenenti rispettivamente il nuovo elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'elenco aggiornato delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili in esenzione, si applicheranno solo a seguito dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale.

Con decreto interministeriale del 23/06/2023 sono state definite le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.

Considerato che:

- le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno evidenziato al Ministero della Salute significative criticità di carattere tecnico-informativo, legate all'implementazione entro il termine del 01/01/2024 del nuovo nomenclatore tariffario;
- l'implementazione dei nuovi LEA impatta notevolmente sui sistemi informativi ed organizzativi delle Aziende sanitarie e di fatto l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha rappresentato l'impossibilità di aggiornare tutti i sistemi informativi interessati al 01/01/2024;
- l'Azienda sanitaria ha indicato che l'aggiornamento di tutti i sistemi sarà possibile non prima del 01/04/2024.

Nelle more della definizione dell'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano circa la flessibilità temporale dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni e compatibilmente con l'aggiornamento di tutti gli applicativi, l'effettivo utilizzo, in fase di prescrizione, dei codici di specialistica ambulatoriale è previsto dal 01/04/2024.

01.04.2024 vorgesehen.

Daher werden die Anlagen 4 und 8 des DPMR vom 12.01.2017 in Südtirol erst ab dem 01.04.2024 umgesetzt.

Mit weiteren Beschlüssen der Landesregierung wird innerhalb 01.04.2024 Folgendes festgelegt werden:

- die zusätzlichen Betreuungsstandards, die den geltenden Vorschriften über die Kostenbeteiligung unterliegen, sowie die Regelung der entsprechenden Zugangsbedingungen und -modalitäten;
- die Landestarife im Rahmen der anerkannten Autonomie.

Gemäß Artikel 34 des Gesetzes Nr. 724 vom 23.12.1994 gewährleistet die Autonome Provinz Bozen autonom und ohne jeglichen Beitrag aus dem Staatshaushalt die Finanzierung des Landesgesundheitsdienstes, indem sie die Mittel ihres eigenen Haushalts verwendet.

Gemäß Landesgesetz Nr. 7 vom 5. März 2001, Artikel 35, Absatz 3, ist die Landesregierung zuständig für die Ergänzung des nationalen Verzeichnisses der Krankheitsformen, die Patienten zur Ticketbefreiung berechtigen.

Gemäß Artikel 2, Absatz 3, Buchstabe o) des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21.04.2017 ist die Landesregierung für die Überwachung der Einhaltung der wesentlichen Betreuungsstandards und die Festlegung etwaiger zusätzlicher Betreuungsstandards auf Landesebene sowie für die Regelung der entsprechenden Zugangsbedingungen und -modalitäten zuständig.

In Anbetracht dessen werden in Anlage B „Verzeichnis der chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“ dieses Beschlusses die zusätzlichen Betreuungsstandards, die von der Kostenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben ("Ticket") befreit sind, mit den entsprechenden

Pertanto, si recepiscono gli Allegati 4 e 8 del D.P.C.M. 12/01/2017 vigenti in Provincia di Bolzano a decorrere dal 01/04/2024.

Entro il 01/04/2024 verranno definiti, con successive deliberazioni della Giunta provinciale:

- i livelli aggiuntivi di assistenza, soggetti alla normativa vigente in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria, nonché la disciplina delle relative condizioni e modalità di accesso;
- le tariffe provinciali, nell'ambito della riconosciuta autonomia.

Ai sensi dell'articolo 34 della legge n. 724 del 23/12/1994, la Provincia autonoma di Bolzano garantisce autonomamente, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, il finanziamento del Servizio sanitario provinciale, utilizzando le risorse del proprio bilancio.

La legge provinciale n. 7 del 05/03/2001, all'articolo 35, comma 3, riconosce la competenza della Giunta provinciale di integrare l'elenco nazionale delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket.

La legge provinciale n. 3 del 21/04/2017, all'articolo 2, comma 3, lettera o), attribuisce alla Giunta provinciale la sorveglianza del rispetto dei livelli essenziali di assistenza e la determinazione dei livelli di assistenza aggiuntivi, eventualmente previsti a livello provinciale, nonché la disciplina delle relative condizioni e modalità di accesso.

Ciò considerato, vengono definiti nell'Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione" della presente delibera, i livelli di assistenza aggiuntivi esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), con le relative modalità e condizioni di accesso, che a partire dall'entrata in vigore dei nuovi LEA

Zugangsbedingungen festgelegt, die ab dem Inkrafttreten der neuen wesentlichen Betreuungsstandards die Bestimmungen der früheren Beschlüsse zu diesem Thema ersetzen werden. Die zusätzlich auf Landesebene eingeführten WBS mit Ticketbefreiung können ausschließlich an Personen mit Wohnsitz in Südtirol verschrieben werden und werden ausschließlich in Südtirol erbracht.

Insbesondere enthält Anlage B in Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“ die Leistungen, die mit Ticketbefreiung für die jeweiligen Befreiungscodes verschrieben werden können, und in Tabelle 2 „Befreite chronische und Invalidität verursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“ die mit jedem Befreiungscodex verbundenen ICD-9-CM-Codes und ihre Dauer.

Eventuelle von anderen Regionen und der Autonomen Provinz Trient vorgesehenen zusätzlichen Leistungen, werden in der Provinz Bozen nicht erbracht, auch wenn sie von der Kostenbeteiligung befreit sind.

Außerdem wird in Bezug auf Ticketbefreiung Folgendes festgelegt:

- 1) Gemäß BLR Nr. 289 vom 30.01.2006 „Eingliederung des nationalen Verzeichnisses der Krankheiten, die zur Befreiung von der Kostenbeteiligung berechtigen - Aufhebung des Beschlusses Nr. 3656 vom 20. Oktober 2003“, haben Personen mit Wohnsitz in Südtirol Anspruch auf den Befreiungscodex BZ1, BZ2 und BZ3;
- 2) Gemäß BLR Nr. 439/2022 „Einführung einer neuen Ticketbefreiung für eine chronische und invaliditätsverursachende Krankheit - Hidradenitis suppurativa“ haben Personen mit Wohnsitz in Südtirol Anspruch auf den Befreiungscodex BZ4;
- 3) Gemäß BLR Nr. 1980 vom 27.12.2013 über „Änderungen und Ergänzungen zur Ticketbefreiung aus Krankheitsgründen“ gilt der Befreiungscodex 013T ausschließlich für vorübergehenden Diabetes, wobei

andranno a sostituire quanto disposto dalle precedenti deliberazioni in materia. Gli extra-LEA introdotti a livello di esenzione possono essere prescritti esclusivamente in favore di soggetti residenti nel territorio della provincia di Bolzano ed erogati esclusivamente in Provincia autonoma di Bolzano.

In particolare, l'Allegato B contiene nella tabella n. 1 “Prestazioni prescrivibili in esenzione” le prestazioni prescrivibili in esenzione per ciascun codice di esenzione e nella tabella 2 “Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione” i codici ICD-9-CM collegati a ciascun codice di esenzione e relativa durata.

Eventuali livelli di assistenza aggiuntivi, anche se esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), previsti dalle altre Regioni e dalla Provincia autonoma di Trento, non vengono erogati nella provincia di Bolzano.

Inoltre, in merito all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria si precisa che:

- 1) con riferimento alla D.G.P. n. 289 del 30.01.2006, recante “Integrazione dell'elenco nazionale delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria - revoca della propria deliberazione n. 3656 del 20 ottobre 2003”, gli aventi diritto al codice di esenzione BZ1, BZ2 e BZ3 sono i soggetti residenti in provincia di Bolzano;
- 2) con riferimento alla D.G.P. n. 439/2022 “Introduzione di una nuova esenzione ticket per malattia cronica e invalidante - idrosadenite suppurativa” gli aventi diritto al codice di esenzione BZ4 sono i soggetti residenti in Provincia di Bolzano;
- 3) con riferimento alla D.G.P. n. 1980 del 27.12.2013, recante “Modifiche ed integrazioni nell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per malattie”, il codice di esenzione

der Schwangerschaftsdiabetes ausgeschlossen ist. Für die letztgenannte Krankheit gilt der Befreiungscode M50, da es um eine Risikoschwangerschaft handelt.

- 4) Gemäß BLR Nr. 1980 vom 27.12.2013 „Änderungen und Ergänzungen der Befreiung von der Kostenbeteiligung an Gesundheitsausgaben wegen Krankheiten" werden die Regeln für die Mindestdauer der Befreiung in Anlage B aktualisiert;
- 5) In Bezug auf den BLR Nr. 290 vom 27.03.2018 „Cannabis zu medizinischen Zwecken: Modalitäten der Verschreibung und Abgabe von magistralen Zubereitungen auf Cannabisbasis zu Lasten des Gesundheitsdienstes der Autonomen Provinz Bozen", wird, wie bereits in der von der Direktorin der Abteilung Gesundheit unterzeichneten Mitteilung Prot. Nr. 0862425 vom 03.11.2023 vorweggenommen, der für die Verschreibung und Abgabe von magistralen Zubereitungen auf Cannabisbasis verwendete Befreiungscode BZ4 für Personen, die am Gilles de la Tourette-Syndrom leiden, durch den Code BZ5 ersetzt.
- 6) Mit dem Inkrafttreten der neuen WBS wird das Verzeichnis der Leistungen, die gemäß BLR Nr. 856/2022 „Bestimmungen über die aktive Überwachung von Trägern von BRCA1- und BRCA2-Genmutationen und Einführung des Befreiungscodes D99" mit dem Befreiungscode D99 verschrieben werden können, in Anlage B aktualisiert;
- 7) Mit dem Inkrafttreten der neuen WBS werden die Leistungen, die in der präkonzeptionellen Phase und im Laufe einer physiologischen Schwangerschaft mit Befreiung verschrieben werden können, wie im Beschluss Nr. 481/2020 „Aktualisierung des Tarifverzeichnisses der ambulanten fachärztlichen Betreuung und Befreiungen von der Kostenbeteiligung" festgelegt, bestätigt, wobei darauf hingewiesen wird, dass kein erschöpfendes Verzeichnis der Leistungen, die mit der Befreiung M99 verschrieben

013T è valido esclusivamente per il diabete temporaneo, che non ricomprende il diabete gestazionale. Per tale ultima patologia, essendo la gravidanza a rischio, si applica il codice di esenzione M50;

- 4) con riferimento alla D.G.P. n. 1980 del 27.12.2013, recante "Modifiche ed integrazioni nell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per malattie", viene aggiornata nell'Allegato B la disciplina relativa al periodo minimo di validità dell'esenzione;
- 5) con riferimento alla D.G.P. n. 290 del 27.03.2018, recante "Cannabis ad uso medico: modalità di prescrizione e dispensazione delle preparazioni magistrali a base di Cannabis a carico del Servizio sanitario nella Provincia autonoma di Bolzano", come già anticipato con comunicazione n. Prot. 0856425 del 03.11.2023 a firma della Direttrice della Ripartizione Salute, il codice di esenzione BZ4 utilizzato per la prescrizione e la dispensazione di preparazioni magistrali a base di Cannabis per gli utenti affetti dalla Sindrome di Gilles de la Tourette viene sostituito con il codice BZ5;
- 6) con l'entrata in vigore dei nuovi LEA viene aggiornato nell'Allegato B l'elenco delle prestazioni prescrivibili con il codice di esenzione D99 di cui alla D.G.P. n. 856/2022 "Disposizioni in materia di sorveglianza attiva a favore dei soggetti portatori di mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 ed introduzione del codice di esenzione D99";
- 7) con l'entrata in vigore dei nuovi LEA vengono confermate le prestazioni prescrivibili in esenzione in fase preconcezionale e in corso di gravidanza fisiologica di cui alla deliberazione n. 481/2020 "Aggiornamento del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale ed esenzioni ticket", specificando che non sarà più previsto un elenco tassativo delle prestazioni prescrivibili in esenzione M99.

werden können, mehr gelten wird.

Anlage A, die die Regeln für die Anpassung der bestehenden Befreiungscodes enthält, führt ebenso wie die Punkte 8), 9) und 10) des beschließenden Teils nicht zu einer zusätzlichen Belastung des Landeshaushalts.

Die Bewertung der wirtschaftlichen Auswirkungen des Inkrafttretens der neuen WBS (Punkte 4), 5) und 6) des beschließenden Teils) ergibt sich aus der kombinierten Wirkung des neuen Verzeichnisses der verschreibbaren und erbringbaren Leistungen, einschließlich der zusätzlichen Betreuungsstandards auf Landesebene (Extra-LEA) und der neuen befreiten Leistungen, für die die Landestarife in Kraft treten werden.

Bezüglich Anlage B dieses Beschlusses wird Folgendes festgehalten:

- die von der Kostenbeteiligung befreiten Krankheiten sind bereits heute in Kraft (Krankheiten der WBS und zusätzlichen WBS);
- die Leistungen, die von der Kostenbeteiligung befreit sind, werden genauer festgelegt, indem die Bedingungen für die Erbringbarkeit und die Fristen für die Erneuerung angegeben werden;
- mehrere Codes für zusätzliche WBS-auf Landesebene werden den neuen nationalen WBS zugeordnet;
- zusätzliche in Südtirol ticketbefreite Leistungen bleiben in Kraft (derzeitige zusätzliche WBS mit Befreiung) und werden an neue nationale Codes angepasst.

Folglich ist die oben genannte wirtschaftliche Bewertung erst nach der Festlegung der Landestarife und der zusätzlichen Leistungen (Extra-LEA) möglich, die auf einen späteren Beschluss der Landesregierung verschoben wird und bis zum 01.04.2024 zu verabschieden ist.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Ab dem 18.12.2023 werden die

L'allegato A, contenente la disciplina del riallineamento di codici di esenzioni vigenti, non comporta maggiori oneri a carico del bilancio provinciale, così come i punti 8), 9) e 10) della parte deliberante.

La valutazione dell'impatto economico dell'entrata in vigore dei nuovi LEA (punti 4), 5) e 6) della parte deliberante) è data dal combinato effetto tra nuovo catalogo delle prestazioni prescrivibili ed erogabili, ivi inclusi i livelli aggiuntivi provinciali (extra-LEA catalogo) e le nuove prestazioni esenti, per le quali entreranno in vigore le tariffe provinciali.

Con riferimento all'Allegato B della presente delibera si specifica che:

- le malattie esenti sono oggi già in vigore (LEA ed extra-LEA malattie);
- le prestazioni esenti dalla partecipazione alla spesa vengono perfezionate, specificando condizioni di erogabilità e limiti temporali per il rinnovo;
- diversi codici extra-LEA provinciali sono ricondotti a nuovi LEA nazionali;
- restano in vigore ulteriori prestazioni esenti (attuali extra-LEA prestazioni esenti) opportunamente adattati alle nuove codifiche nazionali.

Conseguentemente la suddetta valutazione economica è possibile solo a seguito della definizione delle tariffe provinciali e delle prestazioni aggiuntive (extra-LEA catalogo), rimandate a successivo atto della Giunta provinciale, da emanarsi entro il 01.04.2024.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. A partire dal 18.12.2023 si applicano

Befreiungscodes 0A02, 0B02, 0A31 und 0031 für die Verschreibung angewandt, um die Codes A02, B02, A31 und 031 zu ersetzen, die bisher in Südtirol für Verschreibungen im Zusammenhang mit chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten verwendet wurden.

in fase di prescrizione i codici di esenzione 0A02, 0B02, 0A31 e 0031 in sostituzione, rispettivamente, dei codici A02, B02, A31 e 031, utilizzati fino ad oggi in Provincia di Bolzano per le prescrizioni relative a malattie croniche ed invalidanti.

2. Anlage A, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, „Anpassung der Befreiungscodes auf Landesebene an die im Ministerialdekret 17.3.2008 festgelegten Codes“ die ab dem 18.12.2023 in Kraft sind, wird genehmigt.
3. Folglich zu den oben genannten Punkten, wird eine Übergangszeit von maximal 6 Monaten, d.h. bis spätestens 30.06.2024, vorgesehen, in der es noch möglich ist, Vormerkungen mit den bisherigen Befreiungscodes durchzuführen, vorausgesetzt, die Erbringung erfolgt bis spätestens 31.12.2024.
4. Die Anlagen 4 und 8 des DPMR vom 12.01.2017, die in Südtirol ab dem 01.04.2024 in Kraft treten, werden umgesetzt. Durch nachfolgende Beschlüsse der Landesregierung werden die zusätzlichen Betreuungsstandards, laut den geltenden Vorschriften über die Kostenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben festgelegt und die Regelung der entsprechenden Zugangsbedingungen sowie die Landestarife verabschiedet.
5. Es wird die Anlage B, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, „Verzeichnis der chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“, genehmigt, die sowohl die auf nationaler Ebene vorgesehenen Befreiungscodes für chronische und Invalidität verursachende Krankheiten als auch die zusätzlichen wesentlichen Betreuungsstandards mit Ticketbefreiung mit den entsprechenden Zugangsbedingungen

2. Viene approvato l'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, "Allineamento dei codici di esenzione provinciali ai codici previsti dal DM 17.3.2008", in vigore dal 18.12.2023.
3. Conseguentemente ai predetti punti, sarà previsto un periodo transitorio di massimo 6 mesi, ovvero fino e non oltre al 30.06.2024, in cui sarà ancora possibile effettuare prenotazioni utilizzando i codici di esenzione precedenti, a condizione che l'erogazione abbia luogo entro e non oltre il 31/12/2024.
4. Si recepiscono gli Allegati 4 e 8 del D.P.C.M. 12.01.2017 che saranno vigenti in Provincia di Bolzano a decorrere dal 01.04.2024. Con successive deliberazioni della Giunta provinciale verranno definiti i livelli aggiuntivi di assistenza, soggetti alla normativa vigente in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria, la disciplina delle relative modalità e condizioni di accesso, nonché le tariffe provinciali.
5. Viene approvato l'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente delibera, "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione", contenente sia i codici di esenzione per malattie croniche e invalidanti previsti a livello nazionale sia i livelli di assistenza aggiuntivi esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), con le relative modalità e condizioni di accesso, prescrivibili esclusivamente ai soggetti residenti in

und -modalitäten enthält, die nur Personen verschrieben werden können, die ihren Wohnsitz in Südtirol haben, und nur in Südtirol erbracht werden können. Anlage B ersetzt die Bestimmungen früherer Beschlüsse über zusätzliche wesentliche Betreuungsstandards mit Ticketbefreiung.

6. Die von anderen Regionen und der Autonomen Provinz Trient vorgesehenen zusätzlichen Betreuungsstandards, werden in der Autonomen Provinz Bozen nicht erbracht, auch wenn sie ticketbefreit sind.
7. Die Anlage B dieses Beschlusses wird mit dem Inkrafttreten der neuen wesentlichen Betreuungsstandard in Südtirol (01.04.2024) wirksam.
8. Ergänzend zu den BLR 289/2006 und 439/2022 wird festgelegt, dass jene Personen auf die Befreiungscodes BZ1, BZ2, BZ3 und BZ4 Anspruch haben, die in Südtirol ansässig sind.
9. Mit Bezug auf BLR 481/2020 wird festgelegt, dass mit dem Inkrafttreten der neuen WBS die Tabelle 1 der Anlage 3A desselben nicht mehr anwendbar sein wird und auch kein erschöpfendes Verzeichnis der Leistungen, die mit der Befreiung M99 vorgeschrieben werden können, mehr vorgesehen sein wird.
10. Ergänzend zum BLR 1980/2013 wird festgelegt, dass ab dem 01.01.2024 der Befreiungscode "013T" für vorübergehenden Diabetes gilt, wobei Schwangerschaftsdiabetes ausgenommen ist, für den der korrekte Befreiungscode "M50" lautet.
Es wird eine Übergangszeit von maximal 6 Monaten, d. h. bis spätestens 30.06.2024, vorgesehen, in der es noch möglich ist, Vormerkungen mit den bisherigen Befreiungscodes durchzuführen, vorausgesetzt, die Erbringung erfolgt bis spätestens 31.12.2024.
11. In Abänderung des BLR 290/2018 wird der Befreiungscode "BZ4" durch den

provincia di Bolzano ed erogabili esclusivamente nel territorio della provincia di Bolzano. L'Allegato B sostituisce quanto disposto dalle precedenti deliberazioni in materia di extra-LEA a livello di esenzione.

6. I livelli di assistenza aggiuntivi, anche se esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), previsti da altre Regioni e dalla Provincia autonoma di Trento, non vengono erogati nella Provincia autonoma di Bolzano.
7. L'Allegato B della presente delibera acquisterà efficacia dall'entrata in vigore dei nuovi LEA in provincia di Bolzano (01/04/2024).
8. Ad integrazione della D.G.P. 289/2006 e 439/2022 si specifica che gli aventi diritto al codice di esenzione BZ1, BZ2, BZ3 e BZ4 sono i soggetti residenti in provincia di Bolzano.
9. Con riferimento alla D.G.P. 481/2020 si precisa che, con l'entrata in vigore dei nuovi LEA, non sarà più applicabile la Tabella 1 di cui all'Allegato 3A della medesima né verrà previsto un elenco tassativo delle prestazioni prescrivibili in esenzione M99.
10. Ad integrazione della D.G.P. 1980/2013 si specifica che, a decorrere dal 01/01/2024, il codice di esenzione 013T è valido per il diabete temporaneo, escluso il diabete gestazionale, per il quale il codice di esenzione corretto è M50.
Sarà previsto un periodo transitorio di massimo 6 mesi, ovvero fino e non oltre al 30/06/2024, in cui sarà ancora possibile effettuare prenotazioni utilizzando i codici di esenzione precedenti, a condizione che l'erogazione abbia luogo entro e non oltre il 31/12/2024.
11. A modifica della D.G.P. 290/2018 il codice di esenzione BZ4 viene

Befreiungscode "BZ5" für die Verschreibung und Abgabe von magistralen Cannabiszubereitungen für Personen, die unter dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom leiden, ersetzt.

sostituito dal codice di esenzione BZ5 per la prescrizione e la dispensazione di preparazioni magistrali a base di Cannabis per gli utenti affetti dalla Sindrome di Gilles de la Tourette.

12. Anlage A bringt keine zusätzlichen Belastungen für den Landeshaushalt mit sich, ebenso wie die Punkte 8), 9) und 10) des beschließenden Teils.

12. L'allegato A non comporta maggiori oneri a carico del bilancio provinciale, così come i punti 8), 9) e 10) della parte deliberante.

13. Die Bewertung der wirtschaftlichen Auswirkungen des Inkrafttretens der neuen wesentlichen Betreuungsstandards, wie in den oben genannten Punkten 4), 5) und 6) dargelegt, ergibt sich aus der kombinierten Wirkung der neuen befreiten Leistungen und des neuen Katalogs der verschreibbaren und erbringbaren Leistungen, einschließlich der zusätzlichen Betreuungsstandards auf Landesebene ("Extra-LEA"-Verzeichnis), für die die Landestarife in Kraft treten werden. Daher wird es erst nach der Festlegung dieser Tarife und der Festlegung der zusätzlichen Leistungen ("Extra-LEA"-Verzeichnis) möglich sein, die Mehrkosten zulasten des Landeshaushalts zu schätzen und in einem späteren (innerhalb 01.04.2024 zu fassenden) Beschluss der Landesregierung festzuhalten.

13. La valutazione dell'impatto economico dell'entrata in vigore dei nuovi LEA, di cui ai precedenti punti 4), 5) e 6), è data dal combinato effetto tra le nuove prestazioni esenti ed il nuovo catalogo delle prestazioni prescrivibili e erogabili, ivi inclusi i livelli aggiuntivi provinciali (extra-LEA catalogo), per i quali entreranno in vigore le tariffe provinciali. Pertanto, solo a seguito della definizione di tali tariffe e della definizione delle prestazioni aggiuntive (extra-LEA catalogo), sarà possibile stimare i maggiori costi a carico del bilancio provinciale con successivo atto della Giunta provinciale, da emanarsi entro il 01.04.2024.

14. Die gegenständliche Maßnahme wird dem Sanitätsbetrieb elektronisch übermittelt, damit dieser für deren Implementierung und Übermittlung an alle betroffenen internen und externen Dienste sorgt.

14. È prevista la trasmissione digitale del presente provvedimento all'Azienda sanitaria, affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni interessati.

15. Dieser Beschluss wird gemäß Artikel 28, Absatz 1, des Regionalgesetzes vom 22. Oktober 1993, Nr. 17, in geltender Fassung im Amtsblatt der Region veröffentlicht, da die entsprechende Maßnahme die Allgemeinheit betrifft.

15. La presente delibera verrà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige ai sensi dell'art. 28, comma 1, della legge provinciale n. 17 del 22 ottobre 1993 e ss. mm. ii., in quanto trattasi di un atto che interessa la generalità.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ANLAGE A

ALLEGATO A

Anpassung der Befreiungscodes auf Landesebene an die im Ministerialdekret 17.3.2008 festgelegten Codes

Allineamento dei codici di esenzione provinciali ai codici previsti dal DM 17/3/2008

Gültig ab **18.12.2023**

In vigore a partire dal **18/12/2023**

BEFREIUNGSKATEGORIE <i>CATEGORIA ESENZIONE</i>	BISHER.KOD.APB <i>COD. PAB PREC.</i>	NEUE KOD. APB LAUT MD 17.3.2008 <i>NUOVI COD. PAB EX DM 17/3/2008</i>
Arterielle Hypertonie mit Organschaden <i>Ipertensione arteriosa con danno d'organo</i>	031	0031
Arterielle Hypertonie (ohne Organschaden) <i>Ipertensione arteriosa (senza danno d'organo)</i>	A31	0A31
Krankheiten des Kreislaufsystems (ausgenommen: .453.0 Budd-Chiari-Syndrom) - Krankheiten des Herzens und des Lungenkreislaufs <i>Affezioni del sistema circolatorio (escluso: .453.0 sindrome di budd-chiari) - malattie cardiache e del circolo polmonare</i>	A02	0A02
Krankheiten des Kreislaufsystems (ausgenommen: .453.0 Budd-Chiari-Syndrom) – Hirngefäßkrankheiten <i>Affezioni del sistema circolatorio (escluso: .453.0 sindrome di budd-chiari) - malattie cerebrovascolari</i>	B02	0B02

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

BEFREIUNGSCODE (Erste Ziffern)	CODE NEUE NATIONALE WBS	BESCHREIBUNG NEUE WBS	Häufigkeit	Anmerkungen 1	Anmerkungen 2
001					
001		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
001	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
001	90.35.1	SOMATOTROPES HORMON (GH). Nicht mit Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
001	90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 oder SOMATOMEDIN C]			
001	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
001	87.03.1	SCHÄDEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)			
001	89.7B.3	NUKLEARMEDIZINISCHE ERSTVISITE. Inbegriffen: Aufnahmebefund und Erstellung eines Behandlungsplanes			
001	NICHT FESTGELEGT/ER/FESTZULEGENDER CODE	RADIOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN, FESTGESETZT NACH DEM SPEZIFISCHEN BEHANDLUNGSPLAN			
0A02					
0A02		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
0A02	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
0A02	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
0A02	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
0A02		ODER			
0A02	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
0A02	89.41	KARDIOVASKULÄRE BELASTUNGSTEST AM ZYKLONERGOMETER ODER LAUFBAND. Ausgenommen: HERZ-LUNGEN-BELASTUNGSTEST (89.44.1). Nicht mit 92.05.F, 92.09.1 und 92.09.9 vereinbar			
0A02	89.50	DYNAMISCHES ELEKTROKARDIOGRAMM (nach Holter)			
0A02	89.48.1	KONTROLLE UND PROGRAMMIERUNG DES HERZSCHRITTMACHERS		Für Patienten gemäß Kodex 0A02 v 45.0 neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Kodex 89.52; 87.44.1; 88.72.3; 89.41; 89.50	
0A02	89.48.2	ÜBERPRÜFUNG UND PROGRAMMIERUNG DES IMPLANTIERBAREN DEFIBRILLATORS			
0A02	92.05.F	MYOKARD-PERFUSIONS-TOMOSZINTIGRAPHIE [G-SPET] MIT PHYSISCHER ODER PHARMAKOLOGISCHER BELASTUNG. Inbegriffen: quantitative Bewertung der Ventrikelfunktion und -volumen. Inbegriffen: kardiovaskulärer Provokationstest mit Belastung oder Medikament. Nicht mit KARDIOVASKULÄREN BELASTUNGSTEST AM ZYKLON ERGOMETER ODER LAUFBAND 89.41 vereinbar		Für Patienten mit chronischer ischämischer Herzkrankheit gemäß Kodex 0A02.414, die Revaskularisierungseingriffen unterzogen wurden, neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Kodex	
0A02	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8). Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)		Für Patienten mit Vorhofflimmern gemäß Kodex 0A02.427, die mit Amlodaron behandelt werden, neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Kodex 89.52; 87.44.1; 88.72.3; 89.41; 89.50	
0A02	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

0A02	90.75.4	PROTHROMBINZEIT (PT)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>
0A02	90.76.1	PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>
0A02	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>
0B02				
<u>0B02</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
0B02	87.03	CT DES SCHADELS UND DES GEHIRNS. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica (87.03.A) und CT der Orbitae (87.03.C)		
0B02		ODER		
0B02	87.03.1	SCHADEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)		
0B02	88.73.5	ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes		
0B02	93.11.1	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen		<i>Für Personen, die Rehabilitationsbehandlung en nach Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien (0B02.433), Verschluss zerebraler Arterien (0B02.434) und anderen nicht eindeutig definierten zerebrovaskulären Erkrankungen (0B02.437) benötigen, neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Code 87.03.1, 88.73.5.</i>
0B02	93.11.2	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK BEI KOMPLEXEN BEHINDERUNGEN MIT PHYSIKALISCHEN, GERÄTEUNTERSTÜTZTEN THERAPIEN bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 60-minütige Sitzung mit mindestens 40 Minuten therapeutischen Übungen. Zyklus bis 10 Sitzungen		<i>Für Personen, die Rehabilitationsbehandlung en nach Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien (0B02.433), Verschluss zerebraler Arterien (0B02.434) und anderen nicht eindeutig definierten zerebrovaskulären Erkrankungen (0B02.437) benötigen, neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Code 87.03.1, 88.73.5.</i>
0B02	93.89.2	BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie Zyklus von 10 Sitzungen		<i>Für Personen, die Rehabilitationsbehandlung en nach Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien (0B02.433), Verschluss zerebraler Arterien (0B02.434) und anderen nicht eindeutig definierten zerebrovaskulären Erkrankungen (0B02.437) benötigen, neben Kontrollvisite und Leistungen gemäß Code 87.03.1, 88.73.5.</i>
0B02	90.75.4	PROTHROMBINZEIT (PT)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>
0B02	90.76.1	PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

0B02	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Gerinnungshemmern, zusätzlich:</i>
0C02				
0C02		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
0C02	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale		
0C02	88.73.5	SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes		
0C02	88.75.1	ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES. Inbegriffen: Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Harnblase, Prostata, männliches oder weibliches Becken und suprapubischer Ultraschall. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6		
0C02	88.76.3	ECHOCOLORDOPPLER DER GROSSEN ARTERIELLEN ODER VENÖSEN GEFÄSSE DES ABDOMENS. Ausgenommen: Viszeralgefäße		
0C02	88.77.4	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe. Inbegriffen: Bewertung der qualitativen und semiquantitativen Indizes		
0C02	90.75.4	PROTHROMBINZEIT (PT)		<i>Für Personen gemäß Kodizes 0A02; 0B02; 0C02, die mit Antikoagulantien behandelt werden</i>
0C02	90.76.1	PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)		<i>Für Personen gemäß Kodizes 0A02; 0B02; 0C02, die mit Antikoagulantien behandelt werden</i>
0C02	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		<i>Für Personen gemäß Kodizes 0A02; 0B02; 0C02, die mit Antikoagulantien behandelt werden</i>
003				
003		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
003	90.09.1	HAPTOGLOBIN		
003	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar		
003	90.22.3	FERRITIN		
003	90.22.5	EISEN		
003	90.42.5	TRANSFERRIN		
003	90.58.2	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter CoombsTest]		
003	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		
003	90.74.5	RETIKULOZYTEN. Zählung		
003	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		
003	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		
005				
005		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
005	94.12.1	PSYCHIATRISCHE KONTROLLVISITE		
005	90.13.3	CHLORIDE		
005	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		
005	90.22.5	EISEN		
005	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

005	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
005	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
005	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
005	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
005	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
005	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
005	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
005	94.3	INDIVIDUELLE PSYCHOTHERAPIE (pro Sitzung)			
005	94.42	FAMILIENPSYCHOTHERAPIE. Pro Sitzung			
005	94.44	GRUPPENPSYCHOTHERAPIE. Pro Sitzung und Teilnehmer (höchstens 10 Teilnehmer)			
006					
006		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>	
006	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
006	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
006	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
006	90.22.3	FERRITIN			
006	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
006	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
006	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
006	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
006	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
006	90.64.2	RHEUMAFAKTOR			
006	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
006	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
006	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
006	88.23.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HAND mit den Fingern			
006	88.28.2	RÖNTGENAUFNAHME DES FUSSES [FERSENBEIN] mit den Zehen			
006	87.22	RÖNTGENAUFNAHME DER HALSWIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	87.23	RÖNTGENAUFNAHME DER BRUSTWIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	87.24	RÖNTGENAUFNAHME DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.21.2	RÖNTGENAUFNAHME DER SCHULTER		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.21.3	RÖNTGENAUFNAHME DES OBERARMS		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.22.1	RÖNTGENAUFNAHME DES ELLBOGENS		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.23.1	RÖNTGENAUFNAHME DES HANDGELENKES		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.26.1	RÖNTGENAUFNAHME DES BECKENS UND DER SAKROILIAKALGELENKE		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.26.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HÜFTE		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.27.1	RÖNTGENAUFNAHME DES OBERSCHENKELBEINS		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.27.2	RÖNTGENAUFNAHME DES KNIES		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.27.3	RÖNTGENAUFNAHME DES UNTERSCHENKELS		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	88.28.1	RÖNTGENAUFNAHME DES SPRUNGGELENKES		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	81.91	ARTHROZENTESE Gelenkspunktion. Ausgenommen: Gelenkbiopsie (80.30) und Gelenksinfiltration (81.92) und Arthrographie (88.32)			
006	88.38.A	CT DER WIRBELSÄULE UND DES HALSWIRBELKANALS. Nicht vereinbar mit: CT DER HALSREGION (87.03.7)			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

006	88.38.B	CT DER WIRBELSÄULE UND DES THORAKALEN WIRBELKANALS. Inbegriffen: evtl. Bewertung der Halsstrukturen. Nicht vereinbar mit CT DES THORAX (87.41), CT DES THORAX OHNE UND MIT KM (87.41.1), GANZKÖRPER-CT FÜR STAGING-UNTERSUCHUNG (88.38.9)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
006	88.38.C	CT DER WIRBELSÄULE UND DES LOMBOSAKRALEN UND SACROCOCCYGEALEN WIRBELKANALS. Nicht vereinbar mit CT DES OBERBAUCHES (88.01.1), CT DES UNTERBAUCHES (88.01.3), CT DES GESAMTEN ABDOMENS (88.01.5), GANZKÖRPER-CT FÜR STAGING-UNTERSUCHUNG 88.38.9)			
006	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
006	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
006	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE. FEMORAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
006	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE. ULTRADISTAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
006	93.03	BEURTEILUNG VON HILFSMITTELN. Ist auf die Kollaudierung ausgerichtet			
006	93.11.2	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK BEI KOMPLEXEN BEHINDERUNGEN MIT PHYSIKALISCHEN, GERÄTEUNTERSTÜTZTEN THERAPIEN bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 60-minütige Sitzung mit mindestens 40 Minuten therapeutischen Übungen. Zyklus bis 10 Sitzungen			
006	93.16	MOBILISATION ANDERER GELENKE. Manipulation von eingesteifteten Gelenken. Ausgenommen: Manipulation von Temporomandibulargelenken			
006	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung. Zyklus höchstens 5 Sitzungen			
006	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus höchstens 10 Sitzungen			<i>In Südtirol bereitete Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden
006	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden
006	45.16.1	ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE [ÖGD] MIT BIOPSIE (EINE ENTNAHMESTELLE). Nicht vereinbar mit: Ösophagusbiopsie (42.24 und 42.24.1); Magenbiopsie (44.14); Duodenumbiopsie (45.14.1)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
006	45.16.2	ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE [ÖGD] MIT BIOPSIE (MEHRERE ENTNAHMESTELLEN). Nicht vereinbar mit: Ösophagusbiopsie (42.24 und 42.24.1); Magenbiopsie (44.14); Duodenumbiopsie (45.14.1)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
006	09.19	ANALYSE DER AUGENÖBERFLÄCHE [Schirmer-Test, Break-up-Time (BUT), Test mit Farbstoffen]. Ausgenommen: Dacryozystographie (87.05), Rx Weichteile des Tränennasenganges			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

006	99.23	INJEKTION VON STEROIDEN. Injektion von Kortison. Subkutanes Depot von Progesteron. Subkutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen. Medikament inbegriffen		
006	81.92	INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN IN DAS GELENK ODER BAND, BURSEN ODER SEHNEN. Inbegriffen: evtl. US-Steuerung. Pro Sitzung. Medikament inbegriffen		
006	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIFÜHRTER MYDRIASIS		<i>Im pädiatrischen Alter, zusätzlich zu den bereits genannten</i>
006	88.79.3	ULTRASCHALL DER MÜSKELN, SEHNEN, KNOCHEN UND GELENKE. Für einzelne Gelenke und Muskelregionen. Inbegriffen: evtl. ergänzender ColorDoppler.		<i>Im pädiatrischen Alter, zusätzlich zu den bereits genannten</i>
006	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] REFLEX. ANTIGEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBcAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg IgM wenn HBsAg und Anti HBcAg positiv. Inbegriffen: ANTIGEN HBeAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	99.12.3	VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN BEI AUTOIMMUN- oder IMMUNVERMITTELTEN ERKRANKUNGEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Inbegriffen: Medikament		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>
006	90.47.D	ANTI CITRULLIN ANTIKÖRPER (Peptide)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.43.5	HARNSÄURE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Interferon</i>
006	90.11.4	GESAMT-KALZIUM		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	90.43.2	TRIGLYCERIDE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	87.41	CT DES THORAX [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]. Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>
006	93.08.A	EINFACHE ELEKTROMYOGRAPHIE [EMG] FÜR OBERE EXTREMITÄTEN. Qualitative Untersuchung, bis 6 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

006	93.08.B	EINFACHE ELEKTROMYOGRAPHIE [EMG] DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Bis 4 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Qualitative Untersuchung. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2. Nicht vereinbar mit 93.08.2.		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	93.09.1	MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 6 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	93.09.2	SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 4 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	
006	89.37.2	GANZKÖRPER-SPIROMETRIE [mit Dilutionstechnik, Plethysmographie oder anderer Methode]. Nicht mit 89.37.4 vereinbar		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
006	89.38.3	CO-DIFFUSIONSKAPAZITÄT		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
006	91.19.4	QUANTITATIVER NACHWEIS VON HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]; HCV RNS. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

007					
	<u>007</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
007	90.62.2		BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		
007	91.49.2		VENOESE BLUTABNAHME		
007	91.90.4		ALLERGIESCREENING AUF INHALATIONSALLERGENE UND LEBENSMITTEL [Prick test]. Bis 18 Allergene		
007	93.82.3		SCHULUNG DES ASTHMAPATIEN/ALLERGIKER MIT RISIKO EINES ANAPHYLAKTISCHEN SHOCKS. Einzelsitzung		
007	89.52		ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar		
007	89.37.1		EINFACHE SPIROMETRIE. Nicht vereinbar mit 89.37.4 BRONCHOSPASYMOLYSETEST NACH MEDIKAMENTENVERABREICHUNG		
007	89.37.2		GANZKÖRPER-SPIROMETRIE [mit Dilutionstechnik, Plethysmographie oder anderer Methode]. Nicht mit 89.37.4 vereinbar		
007	89.37.4		BRONCHOSPASYMOLYSETEST NACH MEDIKAMENTENVERABREICHUNG. Basis-Spirometrie und nach Medikamentenverabreichung. Nicht vereinbar mit 89.37.1 EINFACHE SPIROMETRIE und 89.37.2 GANZKÖRPER-SPIROMETRIE. Medikament inbegriffen		
007	89.65.5		NICHT INVASIVES MONITORING DER SAUERSTOFFSÄTTIGUNG / PULSOXIMETRIE		
007	90.72.3		C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)		
008					
	<u>008</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
008	90.04.5		ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)		
008	90.05.5		ALPHA-1-FETOPROTEIN		
008	90.07.5		AMMONIAK		
008	90.09.2		ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)		
008	90.10.5		BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar		
008	90.13.3		CHLORIDE		
008	90.14.3		GESAMTCHOLESTERIN		
008	90.16.3		KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		
008	90.22.3		FERRITIN		
008	90.22.5		EISEN		
008	90.23.5		ALKALISCHE PHOSPHATASE		
008	90.25.5		γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)		
008	90.27.1		GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)		
008	90.29.2		LACTATDEHYDROGENASE (LDH)		
008	90.30.2		PANKREASLIPASE		
008	90.37.4		KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar		
008	90.38.4		HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5		
008	90.38.5		GESAMTPROTEINE		
008	90.40.4		NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar		
008	90.42.4		TRANSFERRIN (Eisenbindungskapazität)		
008	90.43.2		TRIGLYCERIDE		
008	90.44.1		HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar		
008	90.44.3		URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		
008	90.62.2		BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		
008	90.75.4		PROTHROMBINZEIT (PT)		
008	90.76.1		PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)		
008	91.49.2		VENOESE BLUTABNAHME		
008	87.44.1		RONTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

008	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
008	45.13	OSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE [OGD] Nicht vereinbar mit Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (eine Entnahmestelle) (45.16.1), Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (mehrere Entnahmestellen) (45.16.2)			
009					
009	NICHT FESTGELEGT/LEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
009		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
009	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
009	90.06.1	ALPHA-1- SAURES GLYCOPROTEIN			
009	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
009	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar			
009	90.13.5	COSALAMIN (VIT. B12)			
009	90.22.3	FERRITIN			
009	90.22.5	EISEN			
009	90.23.2	FOLSÄURE			
009	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE			
009	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
009	90.30.2	PANKREASLIPASE			
009	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
009	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
009	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
009	90.42.5	TRANSFERRIN			
009	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF; Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
009	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
009	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
009	91.49.2	VENOSE BLUTABNAHME			
009	87.65.2	DOPPELKONTRASTUNTERSUCHUNG DES DICKDARMS			
009	87.65.3	DOPPELKONTRASTUNTERSUCHUNG DES DÜNNDARMS (mit Darmlauf)			
009	88.76.1	ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig Nicht vereinbar mit 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1			
009	88.79.K	ULTRASCHALL DER DARMWINDUNGEN. Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES (88.74.1), ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1) und ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS (88.76.1)			
009	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
009	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE. FEMORAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
009	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE. ULTRADISTAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
009	45.13	OSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE [OGD] Nicht vereinbar mit Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (eine Entnahmestelle) (45.16.1), Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (mehrere Entnahmestellen) (45.16.2)			
009	45.14.1	DUODENUMBIOPSIE IM RAHMEN EINER ÖGD. Brushing und/oder Washing zur Gewebeprobe. Nicht vereinbar mit Ösophago-Gastro-Duodenoskopie [ÖGD] mit Biopsie (45.16.1,45.16.2)			
009	45.14.2	DÜNNDARMBIOPSIE IM RAHMEN EINER ANTEGRADEN ENTEROSKOPIE. Brushing und/oder Washing zur Gewebeprobe. Nicht vereinbar mit Ösophago-Gastro-Duodenoskopie [ÖGD] mit Biopsie (45.16.1, 45.16.2)			
009	45.23	KOLOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP. Ausgenommen: SIGMOIDOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP (45.24), PROKTOSIGMOIDOSKOPIE MIT STARREM ENDOSKOP (48.23). Nicht mit 45.29.5 vereinbar			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

009	45.24	SIGMOIDOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP. Endoskopie des Kolons descendens. Ausgenommen: Proktosigmoidoskopie mit steifem Endoskop (48.23). Nicht mit 45.29.5 vereinbar			
009	45.25	BIOPSIE DES GRIMMDARMS (EINE ENTNAHMESTELLE) IM RAHMEN EINER KOLOSKOPIE MIT FLEXIBLEM ENDOSKOP. Brushing und/oder Washing zur Gewebeprobe. Ausgenommen: BIOPSIE IM RAHMEN EINER PROKTOSIGMOIDOSKOPIE MIT STEIFEM ENDOSKOP (48.24). Nicht mit 45.26.1 vereinbar			
009	48.23	PROKTOSIGMOIDOSKOPIE MIT STEIFEM ENDOSKOP. Ausgenommen: Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop (45.24). Nicht mit 48.29.2 vereinbar			
009	48.24	BIOPSIE IM RAHMEN EINER PROKTOSIGMOIDOSKOPIE MIT STEIFEM ENDOSKOP. Nicht mit 48.24.1 vereinbar			
009	91.41.8	HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER VERDAUUNGSWEGE. Einfache Biopsie. Inbegriffen: evtl. zusätzliche histochemische und/oder immunhistochemische, zur Vervollständigung der Diagnose notwendigen Analysen. Pro Entnahme			
011					
011		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
011	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung, Zyklus höchstens 5 Sitzungen			
011		ODER			
011	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung, Zyklus höchstens 10 Sitzungen			
011	93.89.2	BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie Zyklus von 10 Sitzungen			
011		ODER			
011	93.89.3	BEHANDLUNG VON KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Gruppentherapie Zyklus bis 10 Sitzungen			
011	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung des psychotischen Zustandes, evt. in Verbindung mit:	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung
011	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung des psychotischen Zustandes, evt. in Verbindung mit:	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung
011	90.32.2	LITHIUM		Bei Behandlung des psychotischen Zustandes, evt. in Verbindung mit:	
011	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		Bei Behandlung des psychotischen Zustandes, evt. in Verbindung mit:	
011	94.12.1	PSYCHIATRISCHE KONTROLLVISITE		Bei Behandlung des psychotischen Zustandes, evt. in Verbindung mit:	
012					
012		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
012	90.04.1	ADIURETIN [VASOPRESSIN] (ADH)			
012	90.13.3	CHLORIDE			
012	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
012	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
012	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
012	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
013					

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

013		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
013	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)	jährlich oder häufiger bei pathologischen Werten und/oder Fettleber		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

013	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)	jährlich oder häufiger bei pathologischen Werten und/oder Fettleber		
013	90.11.1	C-PEPTID			
013	90.13.B	LDL-CHOLESTERIN. Indirekte Bestimmung. Kann nur in Verbindung mit Hdl-Cholesterin (90.14.1), Gesamtcholesterin (90.14.3) und Triglyceride (90.43.2) erbracht werden.			
013	90.13.C	LDL-CHOLESTERIN. Direkte Bestimmung			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN			
013	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
013	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
013	90.28.1	HB-GLYKOSYLIERTES HÄMOGLOBIN			
013	90.33.4	ALBUMINURIE [MIKROALBUMINURIE]			
013	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
013	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
013	90.49.7	ANTIKÖRPER GEGEN GLUTAMINSÄURE DECARBOXYLASE (GAD)			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.50.5	ANTIKÖRPER GEGEN PANKREASINSELN (ICA)			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.51.1	ANTI-INSULIN-ANTIKÖRPER (IAA)			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.52.5	AUTOANTIKÖRPERNACHWEIS NNB			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	90.94.2	KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR]. Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm			
013	91.48.4	MATERIALENTNAHME FÜR ZYTOLOGIE			
013	91.48.5	ARTERIELLE BLUTABNAHME			
013	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME			
013	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
013	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealaner Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
013	88.73.5	ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
013	88.77.4	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe. Inbegriffen: Bewertung der qualitativen und semiquantitativen Indizes			
013	88.77.5	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Inbegriffen: Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	88.77.6	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER OBEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe. Inbegriffen: Bewertung der qualitativen und semiquantitativen Indizes			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013	93.08.A	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] FÜR OBERE EXTREMITÄTEN. Qualitative Untersuchung, bis 6 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2			
013	93.08.B	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Bis 4 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Qualitative Untersuchung. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2			
013	93.08.2	EINZELFASER- ELEKTROMYOGRAFIE. Nicht vereinbar mit 93.08.A und 93.08.B. Nur ein Mal mit Rezept verschreibbar			
013	93.08.5	REFLEXANTWORTEN H, F, Blinkreflex, Bulbocavernosusreflex, Exterozeptische Reflexe			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

013	93.09.1	MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 6 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar				
013	93.09.2	SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 4 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar				
013	93.56.4	ELASTISCHER KLEBEVERBAND bei Lymphödem				
013	93.82.1	ERZIEHUNGSTHERAPIE FÜR DIABETIKER UND ÜBERGEWICHTIGE. Pro Einzelsitzung. Zyklus von 10 Sitzungen				
013	93.82.2	ERZIEHUNGSTHERAPIE FÜR DIABETIKER UND ÜBERGEWICHTIGE. Pro Gruppensitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen				
013	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS				
013	95.05	GESICHTSFELDUUNTERSUCHUNG. Kämpimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch, FDT				
013	95.06	FARBSINN-UNTERSUCHUNG. Sehschärfebestimmung und Farbunterscheidungsvermögen				
013	95.11	FUNDUSPHOTOGRAPHIE		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>		
013	95.12	FLUORESZENZANGIOGRAPHIE				
013	95.26	PROVOKATIONSTEST UND TONOMETRISCHE KURVE BEI GLAUKOM				
013	95.03.3	OPTISCHE KOHÄRENZ-TOMOGRAPHIE (OCT). Nicht vereinbar mit 95.09.4				
013	99.99.2	KONTINUIERLICHE SUBKUTANE BLUTZUCKERMESSUNG (HOLTER). Inbegriffen: Einschulung des Patienten in der Benutzung des Gerätes				
013	14.34	LASER-FOTOKOAGULATION DER NETZHAUT				
013	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar				
013	89.39.3	BEWERTUNG DER VIBRATORISCHEN SENSIBILITÄTSSCHWELLEN WERTE				
013	89.59.1	KARDIOVASKULÄRE TESTS ZUR BEWERTUNG DER AUTONOMEN NEUROPATHIE. Ausgenommen: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)				
013	86.01	ASPIRATION VON HAUT UND SUBKUTANGEWEBE. An Nägeln, an der Haut, am Subkutangewebe Aspiration von: Abszess, Hämatom, Serom				
013	86.23	NAGELENTFERNUNG, ENTFERNUNG VON NAGELMATRIX UND NAGELFALZ				
013	89.58.9	MESSUNG KNÖCHEL-ARM-INDEX (ABI)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>		
013	96.59.1	EINFACHE VERSORGUNG von Wunde mit Größe < 10 cm ² und/oder oberflächlicher Wunde. Inbegriffen: Oberflächen-Lokalanästhesie und Reinigung. Bis 16 Versorgungen pro Wunde.				
013	05.31	INJEKTION VON ANÄSTHETIKUM IN SYMPATHISCHE NERVEN FÜR ANALGESIE MIT US-STEUERUNG. Regionaler Block des N. Sympathikus an den oberen oder unteren Extremitäten, Block des Ganglion coeliacus, Block des Ganglion stellatum, Block des lumbalen Sympathikus. Medikament inbegriffen				
013	90.41.8	THYREOTROPIN (TSH). REFLEX Wenn TSH ≥ 0,45 mU/L und ≤ 3,5 mU/L: Befund nur von TSH ohne weitere Untersuchungen; wenn TSH < 0,45 mU/L oder > 3,5 mU/L: automatische Ausführung von FT4; wenn TSH < 0,45 mU/L und FT4 ≥ obere Referenzgrenze, Befund von TSH + FT4; wenn TSH < 0,45 mU/L und FT4 < obere Referenzgrenze, automatische Ausführung von FT3 und Befund von TSH + FT4 + FT3. Wenn TSH > 3,5 mU/L: automatische Ausführung von FT4 und Befund von TSH+FT4. Außer auf regionaler Ebene sind restriktiver Grenzen oder cut-off vorgesehen. Nicht vereinbar mit einzelnen Kodizes 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).			<i>DMT1, in der Schwangerschaft, Diabetes vor der Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, zusätzlich dazu</i>	
013	1300.01	PODOLOGISCHE BASISUNTERSUCHUNG. äußere Untersuchung des Fußes, Erstellung der Krankenakte, Untersuchung am Podoskop und Therapieverschlagn		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Kann bis zu 2 Mal pro Jahr erbracht werden aufgrund einer Verschreibung des Diabetologischen Dienstes, des Arztes für Allgemeinmedizin, sowie der Medizin, Dermatologie, Gefäßchirurgie und</i>		
013	1300.02	EINFACHE PODOLOGISCHE BEHANDLUNG. Zehennagelhygiene ohne pathologischen Befund und Entfernung von oberflächlichen Keratosen. Nicht inbegriffen: Ulzera		<i>in Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Kann bis zu 2 Mal pro Jahr erbracht werden aufgrund einer Verschreibung des Diabetologischen Dienstes, des Arztes für Allgemeinmedizin, sowie der Medizin, Dermatologie, Gefäßchirurgie und Geriatrie</i>		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

013	1300.03	KOMPLEXE PODOLOGISCHE BEHANDLUNG MIT EINLAGE UND MEDIKATION. Behandlung pathologischer Nagelveränderungen mittels Schnitt und Fräse (mikromotorbetrieben), Entfernung von Hyperkeratosen und Hühneraugen. Ausgenommen: Ulzera	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Kann bis zu 6 Mal pro Jahr erbracht werden aufgrund einer Verschreibung des Diabetologischen Dienstes, des Arztes für Allgemeinmedizin, sowie der Medizin, Dermatologie, Gefäßchirurgie und
013	1300.04	ONYCHOCRYPTOSIS. Behandlung mittels Inzision der eingewachsenen Zehennägel, einschließlich zweier Kontrollvisiten	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Kann nur bei Auftreten des Problems erbracht werden aufgrund einer Verschreibung des Diabetologischen Dienstes, des Arztes für Allgemeinmedizin, sowie der Medizin, Dermatologie, Gefäßchirurgie und Geriatrie.
013	1300.05	EINFACHE DIGITALE ORTHESE AUS SILIKON	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Einmal jährlich oder zweimal jährlich bei Orthesenbruch aufgrund von Verschreibung des Diabetologischen Dienstes oder der Gefäßchirurgie
013	1300.06	KOMPLEXE DIGITALE ORTHESE AUS SILIKON	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Einmal jährlich oder zweimal jährlich bei Orthesenbruch aufgrund von Verschreibung des Diabetologischen Dienstes oder der Gefäßchirurgie
013	1300.07	ENTLASTUNGSEINLAGE. Pro Einlage	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Erbringbarkeit: einmal jährlich aufgrund von Verschreibung des Diabetologischen Dienstes oder der Gefäß- und Thoraxchirurgie
013	1300.09	NAGELKORREKTUR Einzelsitzung, maximal 6 Sitzungen	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Vollständige Therapie ca. 4/5 Monate lang mit monatlichem Austausch der Spangen oder Plastikhaken (samt Gummiring), diese Leistung wird je nach Bedarf erbracht. Vom diabetologischen Dienst, der Gefäßchirurgie und der Dermatologie verschreibbar
013T			
<u>013T</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
013T	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
013T	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
013T	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
013T	90.11.1	C-PEPTID	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
013T	90.13.C	LDL-CHOLESTERIN. Direkte Bestimmung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

013T	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.28.1	HB-GLYKOSYLIERTES HÄMOGLOBIN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.33.4	ALBUMINURIE [MIKROALBUMINURIE]		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.43.2	TRIGLYCERIDE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.43.5	HARNSÄURE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	90.94.2	KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR]. Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	93.82.1	ERZIEHUNGSTHERAPIE FÜR DIABETIKER UND ÜBERGEWICHTIGE. Pro Einzelsitzung. Zyklus von 10 Sitzungen		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
013T	93.82.2	ERZIEHUNGSTHERAPIE FÜR DIABETIKER UND ÜBERGEWICHTIGE. Pro Gruppensitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
014				
014	NICHT FESTGELEGETER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		Bei Entzugsbehandlung oder in Drogen-Rehabilitationszentren:
016				
016		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
016	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)		
016	90.05.5	ALPHA-1-FETOPROTEIN		
016	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)		
016	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar		
016	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN		
016	90.22.5	EISEN		
016	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE		
016	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)		
016	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)		
016	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)		
016	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar		
016	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5		
016	90.39.4	KUPFER		
016	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar		
016	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

016	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
016	90.69.4	(jeweils) IgA, IgD, IgG, IgM IMMUNOGLOBULINE			
016	90.75.4	PROTHROMBINZEIT (PT)			
016	91.17.4	HEPATITIS-B-VIRUS [HBV] NUKLEINSÄUREN - DIREKTE HYBRIDISIERUNG			
016	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [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. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar			
016	91.19.3	QUALITATIVER NACHWEIS VON HEPATITIS-C-VIRUS [HCV], HCV RNS. Inbegriffen: Extraktion, Retrotranskription, Amplifikation, Messung.			
016	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB			
016	91.20.2	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV] GENOM TYPISIERUNG. Inbegriffen: Extraktion, Retrotranskription, Amplifikation, umgekehrte Hybridisierung oder Sequenzierung			
016	91.20.7	HEPATITIS-DELTA-VIRUS [HDV]-ANTI-KÖRPER IgG und IgM			
016	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
016	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
016	50.11	US-GESTEUERTE PERKUTANE NADELBIOPSIE ODER NADELASPIRATION DER LEBER. Inbegriffen: Bewertung Entnahmeeignung			
016	91.49.4	HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG NNB durch Nadelbiopsie an Organ/oberflächlichem oder tiefem Gewebe. Inbegriffen: evtl. zusätzliche histochemische und/oder immunhistochemische, zur Vervollständigung der Diagnose notwendigen Analysen. Pro Entnahme			
016	90.05.4	ALPHA-1-ANTITRYPSIN			<i>Beschränkt auf Personen unter 40 Jahren:</i>
016	90.12.5	COERULOPLASMIN			<i>Beschränkt auf Personen unter 40 Jahren:</i>
016	90.22.3	FERRITIN			<i>Beschränkt auf Personen unter 40 Jahren:</i>
016	91.19.4	QUANTATIVER NACHWEIS VON HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]; HCV RNS. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8). Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.43.3	FREIES TRIIODTHYRONIN (FT3). Nicht vereinbar mit 90.41.8.			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.47.3	EXTRAHIERBARE NUKLEÄRE ANTIGENE (ENA) Screening			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.51.5	ANTI-LEBER-NIEREN- MIKROSOMEN-ANTI-KÖRPER (LKMA)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.52.1	ANTI-MITOCHONDRIEN ANTI-KÖRPER (AMA)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.52.2	ANTI-KÖRPER GEGEN GLATTE MUSKULATUR (ASMA)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.52.3	ANTI-KÖRPER GEGEN GESTREIFTE MUSKULATUR (Herz)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTI-KÖRPER (ANA)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.52.5	AUTOANTI-KÖRPERNACHWEIS NNB			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.54.4	ANTI-THYREOGLOBULIN-ANTI-KÖRPER (TAK)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
016	90.44.6	VITAMIN D (25 OH)			<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
017					
<u>017</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligten freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
017	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

017	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
017	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)		
017	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)		
017	90.62.2	BLUTBILD- ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		
017	90.75.4	PROTHROMBINZEIT (PT)		
017	90.76.1	PARTIELLE THROMBOPLASTINZEIT (PTT)		
017	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		
017	89.14	ELEKTROENZEPHALOGRAMM. Nicht mit Polysomnographie vereinbar (89.17)		
017	89.14.1	ELEKTROENZEPHALOGRAMM WÄHREND DES SCHLAFES		
017	89.14.2	ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT SCHLAFENTZUG		
017	89.14.3	LANGZEIT- ELEKTROENZEPHALOGRAMM. [12-24 STUNDEN]		
017	89.14.5	ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT SPEKTRALANALYSE. Mit Mapping		
017	89.17	POLYSOMNOGRAMM Tages- oder Nachtleitung mit Spezialmethoden. Inbegriffen: EEG (89.14)		
017	89.19.1	ELEKTROENZEPHALOGRAMM MIT VIDEOAUFZEICHNUNG		
017	87.03	CT DES SCHÄDELS UND DES GEHIRNS. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica (87.03.A) und CT der Orbitae (87.03.C)	nicht öfter als 1 Mal jährlich	
018				
<u>018</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		<i>Nach den Methoden für die Leistungserbringung im Einklang mit Gesetz Nr. 548 vom 23. Dezember 1993.</i>
019				
<u>019</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
019	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÄRE UEDERBELEUCHTUNG UND/ODER OPTISCHE KOHÄRENZ-TOMOGRAPHIE (OCT). Nicht vereinbar mit 95.09.4		
019	95.03.3			
019	95.05	GESICHTSFELDUUNTERSUCHUNG. Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch, FDT		
019	95.13	AUGEN-ULTRASCHALL		
019	95.21	ELEKTRORETINOGRAPHIE (ERG, FLASH-PATTERN)		
019	95.23	VISUELL EVOZIERTE POTENTIALE (VEP). Evozierte Potentiale durch Pattern oder Flash (Sichtfeldhälfte)		
019	95.26	PROVOKATIONSTEST UND TONOMETRISCHE KURVE BEI GLAUKOM		
020				
<u>020</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		
021				
<u>021</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
021	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)		
021	90.05.1	ALBUMIN		
021	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)		
021	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		
021	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

021	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN	<i>Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.</i>
021	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)	
021	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)	
021	90.36.6	BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE Typ B (BNP oder NT - proBNP)	<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
021	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
021	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
021	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment	
021	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	
021	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME	
021	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale	
021	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	
021	88.72.3	ODER HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	
021	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar	
021	89.41	KARDIOVASKULÄRER BELASTUNGSTEST AM ZYKLONERGOMETER ODER LAUFBAND. Ausgenommen: HERZ-LUNGEN-BELASTUNGSTEST (89.44.1). Nicht mit 92.05.F, 92.09.1 und 92.09.9 vereinbar	
021	93.18.1	INDIVIDUELLE KARDIORESPIRATORISCHE HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 30-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und den verwendeten Behelfen. Zyklus bis 10 Sitzungen	
022			
022		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
022	90.11.4	GESAMT-KALZIUM	
022	90.13.3	CHLORIDE	
022	90.15.2	KORTIKOTROPIN (ACTH). Nicht mit HORMONE. Nicht mit Hormone. Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar	
022	90.15.3	KORTISOL. Nicht mit HORMONE. Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar	
022	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)	
022	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)	
022	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
022	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5	
022	90.40.2	RENIN. Nicht mit HORMONE mehrfach Dosierungen (90.35.2) vereinbar	<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
022	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
022	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
022	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	
022	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME	
023			
023		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
023	90.05.1	ALBUMIN	
023	90.06.2	ALPHA-1-MIKROGLOBULIN	
023	90.11.4	GESAMT-KALZIUM	
023	90.13.3	CHLORIDE	
023	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

023	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN			
023	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
023	90.16.4	KREATININ-CLEARANCE. Nicht vereinbar mit KREATININ (90.16.3)			
023	90.22.3	FERRITIN			
023	90.22.5	EISEN			
023	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			
023	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
023	90.32.5	GESAMT-MAGNESIUM			
023	90.35.5	PARATHORMON (PTH) intaktes Molekül			
023	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
023	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
023	90.38.5	GESAMTPROTEINE			
023	90.39.1	PROTEIN- ELEKTROPHORESE IM URIN. Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
023	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
023	90.42.5	TRANSFERRIN			
023	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
023	90.43.5	HARNSÄURE			
023	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
023	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
023	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
023	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME			
023	91.49.2	VENOÖSE BLUTABNAHME			
023	91.48.5	ARTERIELLE BLUTABNAHME			
023	89.65.1	ARTERIELLE BLUTGASANALYSE. Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse. Inbegriffen: Bestimmung des Blut-pH-Wertes, Carboxyhämoglobin und Methämoglobin			
023		ODER			
023	89.66	BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT			
023	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
023	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
023	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1, 88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
023	88.75.1	ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES. Inbegriffen: Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Harnblase, Prostata, männliches oder weibliches Becken und suprapubischer Ultraschall. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			
023	45.13	ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE [ÖGD] Nicht vereinbar mit Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (eine Entnahmestelle) (45.16.1), Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Biopsie (mehrere Entnahmestellen) (45.16.2)			
023	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] REFLEX. ANTIGEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBcAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg IgM wenn HBsAg und Anti HBcAg positiv. Inbegriffen: ANTIGEN HBcAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg wenn HBcAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar			<i>Bei Personen mit chronischer Niereninsuffizienz, für die eine Dialysebehandlung angezeigt ist:</i>
023	91.19.3	QUALITATIVER NACHWEIS VON HEPATITIS-C-VIRUS [HCV], HCV RNS. Inbegriffen: Extraktion, Retrotranskription, Amplifikation, Messung.			<i>Bei Personen mit chronischer Niereninsuffizienz, für die eine Dialysebehandlung angezeigt ist:</i>
023	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB			<i>Bei Personen mit chronischer Niereninsuffizienz, für die eine Dialysebehandlung angezeigt ist:</i>
023	91.20.7	HEPATITIS-DELTA-VIRUS [HDV]-ANTI-KÖRPER IgG und IgM			<i>Bei Personen mit chronischer Niereninsuffizienz, für die eine Dialysebehandlung angezeigt ist:</i>
023	91.20.5	HEPATITIS-DELTA-VIRUS [HDV] - ANTIGEN (HDAg)			<i>Bei Personen mit chronischer Niereninsuffizienz, für die eine Dialysebehandlung angezeigt ist:</i>
023	NICHT FESTGELEGT/LEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			<i>Für Dialysepatienten, nach den individuellen klinischen Bedingungen.</i>
024					
024		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
024	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
024	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
024	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

024	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
024	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
024	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)	
024	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)	
024	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)	
024	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
024	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5	
024	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
024	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	
024	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment	
024	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	
024	89.65.1	ARTERIELLE BLUTGASANALYSE. Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse. Inbegriffen: Bestimmung des Blut-pH-Wertes, Carboxyhämoglobin und Methämoglobin	
024		ODER	
024	89.66	BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT	
024	91.48.5	ARTERIELLE BLUTABNAHME	
024	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME	
024	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	
024	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale	
024	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	
024		ODER	
024	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	
024	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar	
024	89.38.3	CO-DIFFUSIONSKAPAZITÄT	
024	93.11.7	TRAINING VON ZWERCHFELLATMUNG, KALISTHENISCHE ÜBUNGEN. Pro Einzelsitzung. Zyklus von 5 Sitzungen	
024	93.99.3	DRAINAGE VON BONCHIALSEKRET. Pro Sitzung. Zyklus von 5 Sitzungen	
024	93.18.2	KARDIORESPIRATORISCHE GRUPPEN-HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 60-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und verwendeten Behelfen. Höchstens 6 Patienten, Zyklus bis 10 Sitzungen	
024	93.18.1	INDIVIDUELLE KARDIORESPIRATORISCHE HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 30-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und den verwendeten Behelfen. Zyklus bis 10 Sitzungen	
025			
025		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
025	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN	
025	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN	
025	90.30.3	LIPOPROTEIN (a)	
025	90.43.2	TRIGLYCERIDE	
025	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

025	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)			
025		ODER			
025	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)			
025	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
025	88.73.5	ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes			
025	88.76.3	ECHOCOLORDOPPLER DER GROSSEN ARTERIELLEN ODER VENÖSEN GEFÄSSE DES ABDOMENS. Ausgenommen: Viszeralgefäße			
025	88.77.4	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe. Inbegriffen: Bewertung der qualitativen und semiquantitativen Indizes			
025	89.41	KARDIOVASKULÄRE BELASTUNGSTEST AM ZYKLONERGOMETER ODER LAUFBAND. Ausgenommen: HERZ-LUNGEN-BELASTUNGSTEST (89.44.1). Nicht mit 92.05.F, 92.09.1 und 92.09.9 vereinbar			<i>Bei kardiologischen Komplikationen, zusätzlich:</i>
025	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
025	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
025	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
025	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
025	90.15.4	KREATINKINASE (CPK oder CK)			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
025	99.71	THERAPEUTISCHE PLASMAPHERESE [PLASMAAUSTAUSCH]			<i>Bei pharmakologischer Behandlung mit Hypercholesterinämie-Medikamenten:</i>
026					
026		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher</i>
026	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
026	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
026	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			
026	90.35.5	PARATHORMON (PTH) Intaktes Molekül			
026	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
026		NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE			
026		KNOCHENRÖNTGENAUFNAHME ZU LASTEN DES/DER BETREFFENDEN SPRENGEL/S			
026	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
026	87.03.1	SCHÄDEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
026	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
026	88.71.4	ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES. Ultraschall von: großen Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Halsmuskelstrukturen, Lymphknotenstationen. Inbegriffen: EchoColor Doppler der Speicheldrüsen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen.			<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
026	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
026	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE. FEMORAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
026	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE. ULTRADISTAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
026	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSERVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS			
027					

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

027		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
027	90.15.2	KORTIKOTROPIN (ACTH). Nicht mit HORMONE. Nicht mit Hormone: Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
027	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8). Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)			
027	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8			
027	90.43.3	FREIES TRIIODTHYRONIN (FT3). Nicht vereinbar mit 90.41.8.			
027	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
027	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
027	88.71.4	ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES. Ultraschall von: großen Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Halsmuskulstrukturen, Lymphknotenstationen. Inbegriffen: Echo/Color Doppler der Speicheldrüsen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen.			
027	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar		Bei kardiologischen Komplikationen:	
027	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)		Bei kardiologischen Komplikationen:	
027		ODER			
027	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)		Bei kardiologischen Komplikationen:	
028					
028		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
028	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
028	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
028	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN			
028	90.15.4	KREATINKINASE (CPK oder CK)			
028	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
028	90.16.4	KREATININ-CLEARANCE. Nicht vereinbar mit KREATININ (90.16.3)		in Zusammenarbeit mit dem Nephrologen	Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Leistungen
028	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
028	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
028	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
028	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
028	90.38.5	GESAMTPROTEINE			
028	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
028	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
028	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
028	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
028	90.47.3	EXTRAHIERBARE NUKLEÄRE ANTIGENE (ENA) Screening			
028	90.48.3	ANTI NATIV DNA ANTIKÖRPER			
028	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)			
028	90.60.2	KOMPLEMENT: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Jedes einzelne)			
028	90.61.1	KRYOGLOBULIN-NACHWEIS			
028	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
028	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
028	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
028	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
028	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
028	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
028	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
028	88.73.5	ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
028	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
028	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und Invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

028	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE, FEMORAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
028	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE, ULTRADISTAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
028	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus höchstens 10 Sitzungen		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung. Zyklus höchstens 5 Sitzungen		<i>Bei LUPOIDER ARTHROPATHIE, neben den bereits genannten</i>	
028	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] REFLEX, ANTIGEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBeAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg IgM wenn HBsAg und Anti HBeAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	99.12.3	VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN BEI AUTOIMMUN- oder IMMUNVERMITTELTEN ERKRANKUNGEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Inbegriffen: Medikament		<i>Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:</i>	
028	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen</i>	
028	90.09.1	HAPTOGLOBIN		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.05.1	ALBUMIN		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.69.4	(jeweils) IgA, IgD, IgG, IgM IMMUNOGLOBULINE		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	93.08.A	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] FÜR OBERE EXTREMITÄTEN. Qualitative Untersuchung, bis 6 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	93.08.B	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Bis 4 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Qualitative Untersuchung. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.46.5	LUPUS-ANTI-KOAGULANS (LAK)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.47.5	ANTICARDIOLIPIN ANTIKÖRPER [IgG, IgM und evtl. IgA]		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.49.3	ANTI-ERYTHROZYTEN ANTIKÖRPER [indirekter CoombsTest]		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.11.4	GESAMT-KALZIUM		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

028	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards</i>	<i>Bei Behandlung mit Interferon</i>
028	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	88.91.1	MR DES GEHIRNS UND DES HIRNSTAMMES, KRANIOSPINALE VERBINDUNG. Inbegriffen erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR- ANGIOGRAPHIE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	87.41	CT DES THORAX [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]. Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	89.37.2	GANZKÖRPER-SPIROMETRIE [mit Dilutionstechnik, Plethysmographie oder anderer Methode]. Nicht mit 89.37.4 vereinbar		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	89.38.3	CO-DIFFUSIONSKAPAZITÄT		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	93.09.1	MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 6 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	93.09.2	SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 4 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
028	99.23	INJEKTION VON STEROIDEN. Injektion von Kortison. Subkutanes Depot von Progesteron. Subkutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen. Medikament inbegriffen		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
029					
029		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>	
029	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung. Zyklus höchstens 5 Sitzungen			
029		ODER			
029	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus höchstens 10 Sitzungen			
029	93.89.2	BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie Zyklus von 10 Sitzungen			
029		ODER			
029	93.89.3	BEHANDLUNG VON KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Gruppentherapie Zyklus bis 10 Sitzungen			
029	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	EVT. WEITERE FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DAMIT VERBUNDENE UND DARAUS FOLGENDE KRANKHEITEN INDIZIERT SIND		<i>Beschränkt auf spezifische, explizit dokumentierte klinische Anforderungen:</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

029	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung des evt. damit verbundenen psychotischen Zustandes:	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
029	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung des evt. damit verbundenen psychotischen Zustandes:	Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.
029	90.32.2	LITHIUM		Bei Behandlung des evt. damit verbundenen psychotischen Zustandes:	
029	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		Bei Behandlung des evt. damit verbundenen psychotischen Zustandes:	
029	94.12.1	PSYCHIATRISCHE KONTROLLVISITE		Bei Behandlung des evt. damit verbundenen psychotischen Zustandes:	
030					
<u>030</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
030	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
030	90.06.5	ALPHA-AMYLASE (Pankreas Fraktion)			
030	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
030	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
030	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
030	90.29.2	LACTATDEHYDROGENASE (LDH)			
030	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
030	90.44.1	HARNsäURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
030	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
030	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)			
030	90.61.1	KRYOGLOBULIN-NACHWEIS			
030	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
030	90.69.4	(jeweils) IgA, IgD, IgG, IgM IMMUNOGLOBULINE			
030	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
030	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
030	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
030	88.23.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HAND mit den Fingern			
030	88.28.2	RÖNTGENAUFNAHME DES FUSSES [FERSENBEIN] mit den Zehen			
030	87.24	RÖNTGENAUFNAHME DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.23.1	RÖNTGENAUFNAHME DES HANDGELENKES			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.26.1	RÖNTGENAUFNAHME DES BECKENS UND DER SAKROILIAKALGELENKE			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.26.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HÜFTE			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.27.2	RÖNTGENAUFNAHME DES KNIES			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.27.3	RÖNTGENAUFNAHME DES UNTERSCHENKELS			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.28.1	RÖNTGENAUFNAHME DES SPRUNGGELENKES			In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen
030	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nicht öfter als 1 Mal jährlich		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

030	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
030	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
030	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE. FEMORAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
030	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE. ULTRADISTAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten		
030	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG, ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS ANALYSE DER AUGENÖBERFLÄCHE (Schirmer-Test, Break-up-Time (BUT), Test mit Farbstoffen). Ausgenommen: Dacryozystographie (87.05), Rx Weichteile des Tränenmasenganges			
030	09.19				
030	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] REFLEX. ANTIGEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBcAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg IgM wenn HBsAg und Anti HBcAg positiv. Inbegriffen: ANTIGEN HBeAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]: ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TESTANTI-KÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	99.12.3	VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN BEI AUTOIMMUN- oder IMMUNVERMITTELTEN ERKRANKUNGEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Inbegriffen: Medikament			Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
030	90.64.2	RHEUMAFAKTOR			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	90.60.2	KOMPLEMENT: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Jedes einzelne)			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Interferon
030	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	93.08.A	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] FÜR OBERE EXTREMITÄTEN. Qualitative Untersuchung, bis 6 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	93.08.B	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Bis 4 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Qualitative Untersuchung. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	93.08.C	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] DES KOPFES. Bis 4 Muskel. Qualitative Untersuchung. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Ausgenommen: EMG des Auges (95.25) und POLYSOMNOGRAMM (89.17)			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	93.09.1	MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 6 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
030	93.09.2	SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 4 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar			In Südtirol breite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

030	88.91.1	MR DES GEHIRNS UND DES HIRNSTAMMES, KRANIOSPINALE VERBINDUNG. Inbegriffen erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE	<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
030	87.41	CT DES THORAX [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]. Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar	<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
030	90.15.4	KREATINKINASE (CPK oder CK)	<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

0A31					
0A31		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
0A31	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
0A31	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
0A31	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
0A31	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
0031					
0031		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
0031	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
0031	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
0031	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
0031	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
0031	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN			
0031	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN			
0031	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
0031	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
0031	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
0031	90.43.5	HARNSÄURE			
0031	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
0031	90.65.5	FIBRINOGEN, IMMUNOLOGISCH			
0031	87.44.1	RONTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
0031	89.61.1	LANGZEITMESSUNG [24 STUNDEN] DES ARTERIELLEN BLUTDRUCKS			
0031	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)			
0031		ODER			
0031	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)			
0031	89.50	DYNAMISCHES ELEKTROKARDIOGRAMM (nach Holter)			
0031	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
0031	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
032					
032		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
032	90.01.2	17-ALPHA- HYDROXYPROGESTERON (17 OHP) Nicht mit HORMONE: Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
032	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
032	90.13.3	CHLORIDE			
032	90.15.2	KORTIKOTROPIN (ACTH). Nicht mit HORMONE. Nicht mit Hormone: Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
032	90.15.3	KORTISOL. Nicht mit HORMONE: Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
032	90.19.2	ÖSTRADIOL (E2)			
032	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			
032	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
032	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
032	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
032	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
032	90.41.3	TESTOSTERON			
032	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
032	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

032	87.03.1	SCHÄDEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
032	87.29	KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER WIRBELSÄULE UND DES BECKENS UNTER BELASTUNG. Nicht vereinbar mit STANDARD-RÖNTGENAUFNAHME DER SACROCOCCYGEALEN WIRBELSÄULE (87.24.6), RÖNTGEN-MORPHOMETRIE DER LENDENWIRBELSÄULE (87.24.7)			
032	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
032	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
032	95.05	GESICHTSFELDUntERSUCHUNG. Kampimetrie, Perimetrie statisch/kinetisch, FDT			
035					
035		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
035	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8), Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)			
035	90.53.5	ANTI-TSH-REZEPTOR-ANTIKÖRPER			<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>
035	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8			
035	90.43.3	FREIES TRIIODTHYRONIN (FT3). Nicht vereinbar mit 90.41.8			
035	91.49.2	VENOSE BLUTABNAHME			
035	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
035	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)			
035		ODER			
035	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)			
035	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
035	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
035	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			
035	90.51.4	ANTI MIKROSOMEN ANTIKÖRPER (Ab TMS) ODER ANTITIREOPEROSSIDASE (AbTPO)			
035	90.54.4	ANTI-THYREOGLOBULIN-ANTIKÖRPER (TAK)			
035	92.01.5	SCHILDRÜSENSZINTIGRAPHIE MIT JOD-123			
035	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG. ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE, FUNDUSUNTERSUCHUNG MIT ODER OHNE MEDIKAMENTÖS HERBEIGEFÜHRTER MYDRIASIS			
035	95.09.2	EXOPHTHALMOMETRIE			
035	95.13	AUGEN-ULTRASCHALL			
035	87.03.1	SCHÄDEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
035	88.71.4	ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES. Ultraschall von: großen Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Halsmuskelstrukturen, Lymphknotenstationen. Inbegriffen: Echo/Color Doppler der Speicheldrüsen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen.	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
035	89.7B.3	NUKLEARMEDIZINISCHE ERSTVISITE. Inbegriffen: Aufnahmebefund und Erstellung eines Behandlungsplanes			
035	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	RADIODTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN, FESTGESETZT NACH DEM SPEZIFISCHEN BEHANDLUNGSPLAN			
036					
036		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
036	88.48	EINSEITIGE ARTERIOGRAPHIE DES UNTEREN GLIEDMASSES			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

036	88.77.4	ECHOCOLORDOPPLER DER ARTERIEN ODER VENEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN. In Ruhe. Inbegriffen: Bewertung der qualitativen und semiquantitativen Indizes			
036	93.03	BEURTEILUNG VON HILFSMITTELN. Ist auf die Kollauidierung ausgerichtet			
036	93.05.7	VIDEOGESTUTZTE ANALYSE DER BEWEGUNG UND GEHDYNAMIK. Quantitative und qualitative Bewertung der Raum-Zeitparameter von Schritt, Bewegung und Gehdynamik mit optoelektrischen Systemen und Messplattformen. Nicht vereinbar mit GANGANALYSE (93.05.8).			
037					
<u>037</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
037	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
037	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
037	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
037	90.24.1	KNOCHEN-ISOENZYM DER ALKALISCHEN PHOSPHATASE			
037	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			
037	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
037	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
037	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
037	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	KNOCHENRÖNTGENAUFNAHME DES/DER BETREFFENDEN BEREICHS/BEREICHE			
037	92.18.2	GESAMTKÖRPER, KNOCHEN- ODER GELENKSSZINTIGRAPHIE. Inbegriffen: evtl. segmentäre tomographische Szintigraphie zur Ergänzung der Leistung. Nicht mit 92.18.7 vereinbar			
037	95.02	AUGENUNTERSUCHUNG, ERSTVISITE. Inbegriffen: UNTERSUCHUNG DER SEHSCHÄRFE, REFRAKTION MIT ALLFÄLLIGER LINSENVERORDNUNG, TONOMETRIE, BIOMIKROSKOPIE.			
037	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
037		ODER			
037	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
037	81.92	INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN IN DAS GELENK ODER BAND, BURSEN ODER SEHNEN. Inbegriffen: evtl. US-Steuerung. Pro Sitzung. Medikament inbegriffen			
037	99.23	INJEKTION VON STEROIDEN. Injektion von Kortison. Subkutanes Depot von Progesteron. Subkutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen. Medikament inbegriffen			
037	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
037	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
037	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
037	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards. Bei Behandlung mit Interferon
037	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
037	88.38.5	CT DES BECKENS UND DER SAKROILIAKALGELENKE. Nicht mit 88.39.2, 88.39.3 und 88.39.A vereinbar			In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
038					
<u>038</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

038	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		<i>Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.</i>	
038	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		<i>Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.</i>	
038	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
038	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung. Zyklus höchstens 5 Sitzungen			
038		ODER			
038	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus höchstens 10 Sitzungen			
038	93.89.2	BEHANDLUNG BEI KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Einzeltherapie Zyklus von 10 Sitzungen			
038		ODER			
038	93.89.3	BEHANDLUNG VON KOGNITIVEN STÖRUNGEN. Rehabilitation bei mnestischen, gnostischen und apraktischen Störungen. Pro Gruppentherapie Zyklus bis 10 Sitzungen			
038	93.03	BEURTEILUNG VON HILFSMITTELN. Ist auf die Kollaudierung ausgerichtet			
038	93.05.7	VIDEOGESTÜTZTE ANALYSE DER BEWEGUNG UND GEHDYNAMIK. Quantitative und qualitative Bewertung der Raum-Zeitparameter von Schritt, Bewegung und Gehdynamik mit optoelektrischen Systemen und Messplattformen. Nicht vereinbar mit GANGANALYSE (93.05.8)			
038	93.11.1	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen			
038	93.11.2	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK BEI KOMPLEXEN BEHINDERUNGEN MIT PHYSIKALISCHEN GERÄTEUNTERSTÜTZTEN THERAPIEN bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 60-minütige Sitzung mit mindestens 40 Minuten therapeutischen Übungen. Zyklus bis 10 Sitzungen			
038	93.11.5	GRUPPENHEILGYMNASTIK bezüglich Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen gemäß ICF. Pro 60-minütige Sitzung mit höchstens 6 Patienten in nach Erkrankung gegliederten Gruppen. Zyklus von 10 Sitzungen			
038	93.11.8	BEHANDLUNG VON DYSPHAGIE bezüglich der Funktion des Verdauungsapparates, gemäß ICF der WHO. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
038	93.11.6	LOGOPÄDIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO Pro mindestens 30-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden.		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
039					
039		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>	
039	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

039	90.35.1	SOMATOTROPES HORMON (GH). Nicht mit Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2) vereinbar			
039	90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 oder SOMATOMEDIN C]			
039	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
039	87.03.1	SCHÄDEL-GEHIRN-CT OHNE UND MIT KM. Nicht vereinbar mit CT der Sella Turcica mit und ohne KM (87.03.B) und CT der Orbitae ohne und mit KM (87.03.D)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
039	88.33.1	RÖNTGENBESTIMMUNG DES KNOCHENALTERS [Hand-Handgelenk, Knie]			
040					
040	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			<i>Beschränkt auf die ersten drei Lebensjahre:</i>
041					
041	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
042					
042		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
042	90.06.4	GESAMT-ALPHA-AMYLASE			
042	90.06.5	ALPHA-AMYLASE (Pankreas Fraktion)			
042	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar			
042	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
042	90.13.5	COBALAMIN (VIT. B12)			
042	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN			
042	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE			
042	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
042	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
042	90.30.2	PANKREASLIPASE			
042	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
042	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
042	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
042	88.01.1	CT DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Retroperitoneum, Magen, Duodenum, Dünndarm, große abdominale Gefäße, Nieren und Nebennieren. Nicht mit 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.C			
042	88.01.2	CT DES OBERBAUCHES OHNE UND MIT KM. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Retroperitoneum, Magen, Duodenum, Dünndarm, große abdominale Gefäße, Nieren und Nebennieren. Nicht mit 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9			
042	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
044					
044	94.12.1	PSYCHIATRISCHE KONTROLLVISITE			
044	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			<i>Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.</i>
044	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN			<i>Diese Leistung bezieht sich auf die Dosierung von Medikamenten, die als vom Nationalen Gesundheitssystem erbringbare Leistung angesehen und für die Behandlung der jeweiligen von der Kostenbeteiligung freigestellten Pathologie, der damit verbundenen Komplikationen und etwaiger Verschlechterungen eingesetzt werden.</i>
044	90.32.2	LITHIUM			
044	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
044	94.3	INDIVIDUELLE PSYCHOTHERAPIE (pro Sitzung)			
044	94.42	FAMILIENPSYCHOTHERAPIE. Pro Sitzung			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

044	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung, Zyklus höchstens 5 Sitzungen			
044		ODER			
044	93.11.E	INDIVIDUELLES TRAINING ZUR WIEDERERLANGUNG EINER SELBSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG IM ALLTAG bezüglich Mobilität, Körperpflege und Haushaltsführung gemäß ICF. Inbegriffen: Ergonomie der Gelenke und evtl. Training der Pflegekraft. Pro 30-minütige Sitzung, Zyklus höchstens 10 Sitzungen			
044	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8). Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	90.43.3	FREIES TRIIODTHYRONIN (FT3). Nicht vereinbar mit 90.41.8.		<i>Bei pharmakologischer Psychose-Behandlung, sollte die Kontrolle der Funktionen bestimmter Organe speziell indiziert oder notwendig sein, zusätzlich:</i>	Hämatologische Kontrolle
044	99.21	INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Chemotherapeutika und biologische Medikamente. Medikament inbegriffen		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045				<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen</i>	
045		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			
045	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
045	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
045	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
045	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
045	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
045	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
045	91.49.2	VENOSE BLUTABNAHME			
045	99.82	BEHANDLUNG MIT ULTRAVIOLETTEM LICHT. Lichttherapie Selektive UV-Therapie (UVA, UVB). Pro Sitzung, Zyklus bis 6 Sitzungen			
045	99.82.2	BALNEO-PUVA-THERAPIE. Pro Sitzung, Zyklus von 8 Sitzungen		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	99.21	INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Chemotherapeutika und biologische Medikamente. Medikament inbegriffen		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

045	90.32.1	SYNOVIALFLÜSSIGKEIT PHYSIKALISCHE, CHEMISCHE UND MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	90.43.5	HARNSÄURE		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	NICHT FESTGELEGETER/FESTZULEGENDER CODE	HERKÖMMLICHES RÖNTGENBILD (RX) DES BETROFFENEN BEREICHS		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	81.92	INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN IN DAS GELENK ODER BAND, BURSEN ODER SEHNEN. Inbegriffen: evtl. US-Steuerung. Pro Sitzung. Medikament inbegriffen		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	88.99.6	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL-DXA	nicht vor 12-18 Monaten	Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	88.99.7	KNOCHENDENSITOMETRIE. FEMORAL-DXA		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	88.99.8	KNOCHENDENSITOMETRIE. ULTRADISTAL-DXA		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	99.23	INJEKTION VON STEROIDEN. Injektion von Kortison. Subkutanes Depot von Progesteron. Subkutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen. Medikament inbegriffen		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	93.15	MANIPULATION DER WIRBELSÄULE. Pro Sitzung. Zyklus bis 4 Sitzungen		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	93.16	MOBILISATION ANDERER GELENKE. Manipulation von eingestellten Gelenken. Ausgenommen: Manipulation von Temporomandibulargelenken		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) zusätzlich:
045	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] REFLEX. ANTIGEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBeAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg IgM wenn HBsAg und Anti HBeAg positiv. Inbegriffen: ANTIGEN HBeAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]: ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TESTANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	99.12.3	VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN BEI AUTOIMMUN- oder IMMUNVERMITTELTEN ERKRANKUNGEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Inbegriffen: Medikament		Bei ARTHROPATHISCHER FORM (696.0) bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:
045	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
045	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

045	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.43.2	TRIGLYCERIDE		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	Bei Behandlung mit Interferon
045	90.11.4	GESAMT-KALZIUM		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	81.91	ARTHROZENTESE Gelenkpunktion. Ausgenommen: Gelenksbiopsie (80.30) und Gelenksinfiltration (81.92) und Arthrographie (88.32)		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.79.3	ULTRASCHALL DER MUSKELN, SEHNEN, KNOCHEN UND GELENKE. Für einzelne Gelenke und Muskelregionen. Inbegriffen: evtl. ergänzender Color Doppler.		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.4	MR DER SCHULTER. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar.		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.5	MR DES OBERARMS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.6	MR DES ELLBOGENS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.7	MR DES UNTERARMS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.8	MR DES HANDGELENKES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.9	MR DER HAND. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.A	MR DES BECKENS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.B	MR DES HÜFTGELENKES, EINSEITIG UND/ODER BEIDSEITIG. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.C	MR DES OBERSCHENKELS (MR DES OBERSCHENKELBEINS). Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.D	MR DES KNIES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.E	MR DES UNTERSCHENKELS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
045	88.94.F	MR DES SPRUNGGELENKES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

045	88.94.G	MR DES FUSSES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	88.93.2	MR DER HALSWIRBELSÄULE. Nicht vereinbar mit MR DER GESAMTEN WIRBELSÄULE (88.93.6)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	88.93.3	MR DER BRUSTWIRBELSÄULE. Nicht vereinbar mit MR DER GESAMTEN WIRBELSÄULE (88.93.6)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	88.93.4	MR DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE. Nicht vereinbar mit MR DER GESAMTEN WIRBELSÄULE (88.93.6)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	88.93.5	MR DER SACROCOCCYGEALEN WIRBELSÄULE. Nicht vereinbar mit MR DER GESAMTEN WIRBELSÄULE (88.93.6)		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
045	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		<i>In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
046					
<u>046</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
048					
<u>048</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		<i>Nach den individuellen klinischen Bedingungen:</i>	
048					
<u>049</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
050					
<u>050</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		<i>Nach den individuellen klinischen Bedingungen:</i>	
051					
<u>051</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
052					
<u>052</u>	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEITEN, UNTER DENEN SIE LEIDEN, DEREN KOMPLIKATIONEN, DIE REHABILITATION SOWIE ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		<i>Nach den individuellen klinischen Bedingungen:</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

053					
053	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
054					* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
054		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	nicht öfter als 1 Mal jährlich, mit Ausnahme der Rheumatologischen Untersuchung	Bei frühen, in der Röntgenaufnahme NICHT klar erkennbaren Formen (nicht radiographische axiale Spondyloarthritis)	
054	88.93.6	MR DER GESAMTEN WIRBELSÄULE. Nicht vereinbar mit MR DER HALSWIRBELSÄULE (88.93.2), MR DER BRUSTWIRBELSÄULE (88.93.3), MR DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE (88.93.4), MR DER SACROCOCCYGALEN WIRBELSÄULE (88.93.5)	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei frühen, in der Röntgenaufnahme NICHT klar erkennbaren Formen (nicht radiographische axiale Spondyloarthritis)	
054		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
054	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	81.92	INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN IN DAS GELENK ODER BAND, BURSEN ODER SEHNEN. Inbegriffen: evtl. US-Steuerung. Pro Sitzung. Medikament inbegriffen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	88.26.1	RÖNTGENAUFNAHME DES BECKENS UND DER SAKROILIAKALGELENKE	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	88.26.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HÜFTE	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	87.29	KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER WIRBELSÄULE UND DES BECKENS UNTER BELASTUNG. Nicht vereinbar mit STANDARD-RÖNTGENAUFNAHME DER SACROCOCCYGALEN WIRBELSÄULE (87.24.6), RÖNTGEN-MORPHOMETRIE DER LENDENWIRBELSÄULE (87.24.7)	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	92.18.2	GESAMTKÖRPER, KNOCHEN- ODER GELENKSSZINTIGRAPHIE. Inbegriffen: evtl. segmentäre tomographische Szintigraphie zur Ergänzung der Leistung. Nicht mit 92.18.7 vereinbar	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar	nicht öfter als 1 Mal jährlich	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.11.2	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK BEI KOMPLEXEN BEHINDERUNGEN MIT PHYSIKALISCHEN, GERÄTEUNTERSTÜTZTEN THERAPIEN bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 60-minütige Sitzung mit mindestens 40 Minuten therapeutischen Übungen. Zyklus bis 10 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.11.7	TRAINING VON ZWERCHFELLMUNG, KALISTHENISCHE ÜBUNGEN. Pro Einzelsitzung. Zyklus von 5 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.18.2	KARDIORESPIRATORISCHE GRUPPEN-HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 60-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und verwendeten Behelfen. Höchstens 6 Patienten. Zyklus bis 10 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.18.1	INDIVIDUELLE KARDIORESPIRATORISCHE HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 30-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und den verwendeten Behelfen. Zyklus bis 10 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

054	93.11.D	LOGOPÄDISCHE GRUPPENTHERAPIE bezüglich „Stimm- und Sprechfunktionen“ gemäß ICF der WHO, 60-minütig mit vorwiegend therapeutischen logopädischen Übungen. Dysarthrie-Behandlung inbegriffen. Die therapeutischen Tätigkeiten können mit unterschiedlichen manuellen und/oder elektronischen Hilfsmitteln vorgenommen werden. Pro Sitzung „Zyklus“ höchstens 5 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.15	MANIPULATION DER WIRBELSÄULE. Pro Sitzung. Zyklus bis 4 Sitzungen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	93.16	MOBILISATION ANDERER GELENKE. Manipulation von eingesteiften Gelenken. Ausgenommen: Manipulation von Temporomandibulargelenken		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	99.21	INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Chemotherapeutika und biologische Medikamente. Medikament inbegriffen		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen
054	99.23	INJEKTION VON STEROIDEN. Injektion von Kortison. Subkutanes Depot von Progesteron. Subkutanes Depot von anderen Hormonen oder Antihormonen. Medikament inbegriffen		Bei in der Röntgenaufnahme klar erkennbaren Formen	
054	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.17.B	MEDIKAMENTE MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.17.C	MEDIKAMENTE MIT NICHT-CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	91.18.6	VIRUS HEPATITIS B [HBV] RE-FLEX. ANTI GEN HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBsAg + ANTIKÖRPER Anti HBcAg]. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBcAg IgM wenn HBsAg und Anti HBcAg positiv. Inbegriffen: ANTI GEN HBeAg wenn HBsAg positiv. Inbegriffen: ANTIKÖRPER Anti HBeAg wenn HBeAg negativ. Nicht mit 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 und 91.18.5 vereinbar		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TEST ANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	99.12.3	VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN BEI AUTOIMMUN- oder IMMUNVERMITTELTEN ERKRANKUNGEN. Inbegriffen: subkutan, intramuskulär, endovenös. Inbegriffen: Medikament		Bei Behandlung mit biologischen Medikamenten, zusätzlich zu den bereits genannten:	
054	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.23.5	ALKALISCHE PHOSPHATASE		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.43.5	HARNSÄURE		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.44.5	VITAMIN D (1,25 OH)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	Bei Behandlung mit Interferon
054	90.11.4	GESAMT-KALZIUM		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.24.3	ANORGANISCHES PHOSPHAT (PHOSPHOR)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
054	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

054	81.91	ARTHROZENTESE Gelenkspunktion. Ausgenommen: Gelenkbiopsie (80.30) und Gelenksinfiltration (81.92) und Arthrographie (88.32)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.79.3	ULTRASCHALL DER MUSKELN, SEHNEN, KNOCHEN UND GELENKE. Für einzelne Gelenke und Muskelregionen. Inbegriffen: evtl. ergänzender Color Doppler.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	90.14.1	HDL-CHOLESTERIN	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	90.43.2	TRIGLYCERIDE	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.4	MR DER SCHULTER. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.5	MR DES OBERARMS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.6	MR DES ELLBOGENS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.7	MR DES UNTERARMS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.8	MR DES HANDGELENKES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.9	MR DER HAND. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.A	MR DES BECKENS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.B	MR DES HÜFTGELENKES, EINSEITIG UND/ODER BEIDSEITIG. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.C	MR DES OBERSCHENKELS [MR DES OBERSCHENKELBEINS]. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.D	MR DES KNIES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.E	MR DES UNTERSCHENKELS. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.F	MR DES SPRUNGGELENKES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.94.G	MR DES FUSSES. Inbegriffen: Weichteile, erste Bewertung der Gefäßstrukturen. Ausgenommen: MR-ANGIOGRAPHIE. Nicht mit 88.94 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	93.08.A	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] FÜR OBERE EXTREMITÄTEN. Qualitative Untersuchung, bis 6 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	93.08.B	EINFACHE ELEKTROMYOGRAFIE [EMG] DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Bis 4 Muskel. Alle untersuchbaren Fasern inbegriffen. Qualitative Untersuchung. Nicht vereinbar mit 93.09.1 und 93.09.2 Nicht vereinbar mit 93.08.2.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

054	93.09.1	MOTORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 6 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	93.09.2	SENSORISCHE NERVENLEITUNGSGESCHWINDIGKEIT. Pro Hauptnerv: Bis 4 Segmente. Nicht mit 93.08.A und 93.08.B vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	89.38.3	CO-DIFFUSIONSKAPAZITÄT	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig, Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	91.19.4	QUANTITATIVER NACHWEIS VON HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]; HCV RNS. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	87.22	RÖNTGENAUFNAHME DER HALSWIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	87.23	RÖNTGENAUFNAHME DER BRUSTWIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	87.24	RÖNTGENAUFNAHME DER LUMBOSAKRALEN WIRBELSÄULE. Inbegriffen: dynamische Untersuchung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.21.2	RÖNTGENAUFNAHME DER SCHULTER	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.21.3	RÖNTGENAUFNAHME DES OBERARMS	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.23.1	RÖNTGENAUFNAHME DES HANDGELENKES	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.23.2	RÖNTGENAUFNAHME DER HAND mit den Fingern	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.27.1	RÖNTGENAUFNAHME DES OBERSCHENKELBEINS	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.27.2	RÖNTGENAUFNAHME DES KNIES	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.27.3	RÖNTGENAUFNAHME DES UNTERSCHENKELS	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.28.1	RÖNTGENAUFNAHME DES SPRUNGGELENKES	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
054	88.28.2	RÖNTGENAUFNAHME DES FUSSES [FERSENBEIN] mit den Zehen	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
055			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

055		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
055	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
055	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
055	90.10.5	BILIRUBIN REFLEX (Cutoff >1 mg/dL) außer bei Bestimmung von regional restriktiverem Cutoff. Inbegriffen: Konjugiertes und unkonjugiertes Bilirubin. Nicht mit 90.10.7 vereinbar			
055	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
055	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
055	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
055	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS) MYKOBAKTERIEN NACHWEIS IN VERSCHIEDENEN BIOLOGISCHEN PROBEN. Inbegriffen: MIKROSKOPISCHE UNTERSUCHUNG (nach Färbung für säurefesten Mikroorganismen). Inbegriffen: KULTURELLER NACHWEIS AUF FLÜSSIGEM UND FESTEM NÄHRMEDIUM. Inbegriffen: evtl. vorherige Identifizierung von M. tuberculosis complex			
055	91.01.9	QUALITATIVER/QUANTITATIVER NACHWEIS VON BAKTERIELLEN NUKLEINSÄUREN IN BIOLOGISCHEM PROBENMATERIAL - NNB. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
055	90.90.3	QUALITATIVER NACHWEIS VON CHLAMYDIA (DNA). Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung. Nicht mit 90.93.C und 90.93.D vereinbar		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
055	90.87.P	ATEMWEGBAKTERIEN NACHWEIS VON NUKLEINSÄUREN (MULTIPLIX). Mindestens drei MIKROORGANISMEN. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
055	90.83.A	NUKLEINSÄUREN VON MIKROORGANISMEN (BAKTERIEN, VIRUS, MYZETEN, PROTOZOEN) NACHWEIS IN VERSCHIEDENEN MULTIPLIX-MATERIALIEN (MULTIPLIX). Mindestens fünf Mikroorganismen einer oder mehrerer Mikroorganismengruppen. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung. NNB		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
055	90.99.2	NACHWEIS VON MYKOBAKTERIEN NUKLEINSÄUREN VON M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN BIOLOGISCHEM MATERIAL. Inbegriffen: Extraktion, Amplifikation, Messung.		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
055	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
055	91.49.3	MIKROBIOLOGISCHE PROBEENTNAHME			
055	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
055	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	KNOCHENRÖNTGENAUFNAHME DES/DER BETREFFENDEN BEREICHS/BEREICHE		Bei Verdacht auf oder Diagnose von Knochetuberkulose	
055	87.41	CT DES THORAX [Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum]. Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar			
056					
056		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
056	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)			
056	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)			
056	90.42.1	THYREOTROPIN (TSH). Nicht vereinbar mit TSH Reflex (90.41.8). Hormone Mehrfachdosierungen (90.35.2)			
056	90.42.3	FREIES THYROXIN (FT4). Nicht vereinbar mit 90.41.8			
056	90.43.3	FREIES TRIIODTHYRONIN (FT3). Nicht vereinbar mit 90.41.8.			
056	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
056	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
056	88.71.4	ULTRASCHALL DES KOPFES UND DES HALSES. Ultraschall von: großen Speicheldrüsen, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Halsmuskelstrukturen, Lymphknotenstationen. Inbegriffen: EchoColorDoppler der Speicheldrüsen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen.			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

057					
057		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	nach 6 Monaten		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
057	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)	nach 6 Monaten		
057	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)	nach 6 Monaten		
057	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	nach 6 Monaten		
057	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment	nach 6 Monaten		
057	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	nach 6 Monaten		
057	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME	nach 6 Monaten		
057	91.48.5	ARTERIELLE BLUTABNAHME	nach 6 Monaten		
057	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME	nach 6 Monaten		
057	89.37.2	GANZKÖRPER-SPIROMETRIE [mit Dilutionstechnik, Plethysmographie oder anderer Methode]. Nicht mit 89.37.4 vereinbar	nach 6 Monaten		
057	89.44.2	WALKINGTEST MIT SAUERSTOFFSÄTTIGUNG [WALKING TEST]	nach 6 Monaten		
057	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale	nach 12 Monaten		
057	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar	nach 12 Monaten		
057	89.65.1	ARTERIELLE BLUTGASANALYSE. Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse. Inbegriffen: Bestimmung des Blut-pH-Wertes, Carboxyhämoglobin und Methämoglobin	nach 6 Monaten		
057		ODER			
057	89.66	BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT	nach 6 Monaten		
057	89.65.5	NICHT INVASIVES MONITORING DER SAUERSTOFFSÄTTIGUNG / PULSOXIMETRIE	nach 12 Monaten		
057	93.18.2	KARDIORESPIRATORISCHE GRUPPEN-HEILGYMNASTIK bezüglich der „Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und respiratorischen Systems“, gemäß ICF der WHO. Mindestens 60-minütige Sitzung mit vorwiegend therapeutischen motorischen Übungen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Orthesen und verwendeten Behelfen. Höchstens 6 Patienten. Zyklus bis 10 Sitzungen	nach 12 Monaten		
057	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	nach 6 Monaten		Bei Patienten mit „sehr schwerer“ COPD, zusätzlich:
057		ODER			
057	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	nach 6 Monaten		Bei Patienten mit „sehr schwerer“ COPD, zusätzlich:
057	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitonealen Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	nach 6 Monaten		Bei Patienten mit „sehr schwerer“ COPD, zusätzlich:
058					
058	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, UM DIE FUNKTIONSTÜCHTIGKEIT DES RESTORGANS ZU BEWERTEN			
059					
059	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
060					
060		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
060	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
060	90.65.5	FIBRINOGEN, IMMUNOLOGISCH			
060	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
060	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
060	90.93.3	VERSCHIEDENE BIOLOGISCHE PROBEN, KULTUR NNB. Vollständiger Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm an Keimen			
060	90.94.1	KULTURELLER NACHWEIS IM BLUT [HÄMOKULTUR]. Nachweis von aeroben und anaeroben Bakterien und Hefen. Pro Entnahme Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm/Antimykogramm			
060	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	HERKÖMMLICHES RÖNTGENBILD DES/DER BETROFFENEN BEREICHS/BEREICHE			
060	NICHT FESTGELEGT/FESTZULEGENDER CODE	COMPUTERTOMOGRAPHIE DES/DER BETROFFENEN BEREICHS/BEREICHE			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

060	88.03.2	FISTULOGRAPHIE			
060	92.18.7	KNOCHEN- ODER GELENKSSZINTIGRAPHIE ODER SEGMENTÄRE DREIPHASISCHE SZINTIGRAPHIE. Inbegriffen: evtl. tomographische Szintigraphie. Nicht vereinbar mit 92.18.2.			
060	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
061					
<u>061</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
061	90.05.1	ALBUMIN			
061	90.11.4	GESAMT-KALZIUM			
061	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
061	90.16.4	KREATININ-CLEARANCE. Nicht vereinbar mit KREATININ (90.16.3)			
061	90.22.5	EISEN			
061	90.27.1	GLUKOSE. Nicht mit Osmolalität (90.34.8), Glukose mehrfach Dosierung nach Belastung (90.26.5)			
061	90.37.4	KALIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
061	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
061	90.40.4	NATRIUM. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
061	90.42.5	TRANSFERRIN			
061	90.43.2	TRIGLYCERIDE			
061	90.43.5	HARNSÄURE			
061	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar			
061	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
061	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
061	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ) KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR].			
061	90.94.2	Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm			
061	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME			
061	91.48.5	ARTERIELLE BLUTABNAHME			
061	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME			
061	89.65.1	ARTERIELLE BLUTGASANALYSE. Kapilläre oder arterielle Blutgasanalyse. Inbegriffen: Bestimmung des Blut-pH-Wertes, Carboxyhämoglobin und Methämoglobin			
061		ODER			
061	89.66	BLUTGASANALYSE VON VENÖSEM MISCHBLUT			
061	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
061	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
061	88.75.1	ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES. Inbegriffen: Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Harnblase, Prostata, männliches oder weibliches Becken und suprapubischer Ultraschall. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			
061	88.79.8	TRANSREKTALER ULTRASCHALL. Inbegriffen: Ultraschall des Unterbauches. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1) und ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS (88.76.1)			
061	89.24	NICHT INVASIVE URODYNAMISCHE UNTERSUCHUNG (HARNFLUSSMESSUNG). Inbegriffen: Ultraschall-Untersuchung nach Miktion. Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1) und ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS (88.76.1)			
061	90.39.1	PROTEIN- ELEKTROPHORESE IM URIN. Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5		wenn 90.38.4 positiv	
062					
<u>062</u>		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung	
062	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
062	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
062	90.93.3	VERSCHIEDENE BIOLOGISCHE PROBEN, KULTUR NNB. Vollständiger Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm an Keimen			
062	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

062	90.94.2	KULTURELLER NACHWEIS IM URIN [HARNKULTUR]. Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Inbegriffen: Keimzahl Bestimmung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm			
062	88.01.2	CT DES OBERBAUCHES OHNE UND MIT KM. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz, Retroperitoneum, Magen, Duodenum, Dünndarm, große abdominale Gefäße, Nieren und Nebennieren. Nicht mit 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9			<i>Bei Neoplasie-Verdacht:</i>
063					
063		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)	nach 6 Monaten		<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
063	88.75.1	ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES. Inbegriffen: Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Harnblase, Prostata, männliches oder weibliches Becken und suprapubischer Ultraschall. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	nach 6 Monaten		
063	88.78.2	GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1), US-MONITORING DES OVULATIONSSZYKLUS (88.78.1), HYSTEROSONOGRAPHIE (87.83.2)	nach 6 Monaten		
063					
063	88.79.8	TRANSREKTALER ULTRASCHALL. Inbegriffen: Ultraschall des Unterbauches. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1) und ULTRASCHALL DES GESAMTEN ABDOMENS (88.76.1)	nach 6 Monaten		
063	87.65.1	KONTRASTUNTERSUCHUNG DES DICKDARMS MIT BARIUMHALTIGEM ODER WASSERLÖSLICHEM KM			<i>Bei Verdacht auf Darmverschluss, neben den bereits genannten</i>
064					
064	NICHT FESTGELEGT/LEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER ERKANNTEN KRANKHEITSFORMEN, FÜR DIE REHABILITATION UND VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
065					
065	NICHT FESTGELEGT/LEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER KRANKHEIT, DEREN KOMPLIKATIONEN UND ZUR VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
066					
066	NICHT FESTGELEGT/LEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER ERKANNTEN KRANKHEITSFORMEN, FÜR DIE REHABILITATION UND VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND			
067					
067		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)			<i>* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung</i>
067	90.15.4	KREATINKINASE (CPK oder CK)			
067	90.16.3	KREATININ. Nicht vereinbar mit 90.16.4			
067	90.25.5	γ-GLUTAMYLTRANSFERASE (Gamma-GT)			
067	90.38.4	HÄMOPROTEINE (ELEKTROPHORESE). Inbegriffen: Dosierung der Gesamtproteine 90.38.5			
067	90.38.5	GESAMTPROTEINE			
067	90.44.3	URIN. GESAMTUNTERSUCHUNG. Inbegriffen: Urinsediment			
067	90.47.3	EXTRAHIERBARE NUKLEÄRE ANTIGENE (ENA) Screening			
067	90.48.3	ANTI NATIV DNA ANTIKÖRPER			
067	90.52.4	ANTINUKLEÄRE ANTIKÖRPER (ANA)			
067	90.60.2	KOMPLEMENT: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Jedes einzelne)			
067	90.61.1	KRYOGLOBULIN-NACHWEIS			
067	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung			
067	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)			
067	90.82.5	BLUTSENKUNGSGESCHWINDIGKEIT (BKS)			
067	91.49.2	VENÖSE BLUTABNAHME			
067	87.44.1	RÖNTGENAUFNAHME DES THORAX. Standard-Röntgenaufnahmen (2 Projektionen), posterior-anterior und latero-laterale			
067	89.52	ELEKTROKARDIOGRAMM. Nicht mit erste kardiologische Erstvisite (89.7A.3) mit kardiologische Kontrollvisite (89.01.3) vereinbar			
067	88.72.2	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test (88.72.3)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
067					
067	88.72.3	HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe und nach physischem oder pharmakologischem Test. Nicht vereinbar mit HERZ-ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE in Ruhe (88.72.2)	nicht öfter als 1 Mal jährlich		

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

067	88.73.5	ECHO(COLOR)DOPPLERGRAPHIE DER SUPRAAORTALEN GEFÄSSE. Inbegriffen: Carotis, Wirbel, unbekanntes Gefäß und Subclavia. In Ruhe oder nach physischem oder pharmakologischem Test. Bewertung der quantitativen und semiquantitativen Indizes	nicht öfter als 1 Mal jährlich		
067	88.74.1	ULTRASCHALL DES OBERBAUCHES. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Gallenblase, splenoportale Venenachse, Pankreas, Milz, Aorta abdominalis und große Gefäße mit Ansatz oder Verlauf oberhalb des Nabels, Lymphknoten, evtl. krankhafte Massen peritonealen oder retroperitoneale Ursprungs. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig. Nicht vereinbar mit 88.75, 1.88.76, 1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
067	87.41	CT DES THORAX (Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum). Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar			
067		ODER			
067	87.41.1	CT DES THORAX OHNE UND MIT KM (Lungen, Aorta thoracica, Trachea, Ösophagus, Sternum, Rippen, Mediastinum). Nicht mit 88.38.B und 88.38.E vereinbar			
067	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	RÖNTGENBILD DES BESTROFFENEN ORGANS ODER BEREICHS			
067	38.22.1	KAPILLARMIKROSKOPIE MIT VIDEOAUFNAHME			
067	90.64.2	RHEUMAFAKTOR			
067	90.47.D	ANTI CITRULLIN ANTIKÖRPER (Peptide)			
BZ1					
BZ1		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
BZ1	93.01.C	MONOFUNKTIONELLE BEWERTUNG DER MUSKELFUNKTIONEN [MUSKELKRAFT, TONUS, AUSDAUER]. Mit geprüften und/oder auf wissenschaftlichem Niveau bestätigten Messinstrumenten und entsprechender Dokumentation. Bewertung der Körperfunktionen gemäß ICF (b730-b749). Nicht vereinbar mit: ERSTVISITE (89.7B.2), ALLGEMEINE FUNKTIONELLE BEWERTUNG (93.01.1).		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ1	93.39.2	LYMPHDRAINAGE. Pro 45-minütige Sitzung und Extremität. Ausgenommen: Lymphödem infolge von primärer venöser Insuffizienz und nicht ansprechendes chronisches Lymphödem		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ1	93.56.1	EINFACHER VERBAND		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ2					
BZ2	NICHT FESTGELEGTER/FESTZULEGENDER CODE	MEDIZINISCHE LEISTUNGEN, DIE FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER ERKANNTEN KRANKHEITSFORMEN, FÜR DIE REHABILITATION UND VORBEUGUNG WEITERER VERSCHLECHTERUNGEN ANGEMESSEN SIND		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ3					
BZ3		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
BZ3	87.29	KOMPLETTE RÖNTGENAUFNAHME DER WIRBELSÄULE UND DES BECKENS UNTER BELASTUNG. Nicht vereinbar mit STANDARD-RÖNTGENAUFNAHME DER SACROCOCCYGEALEN WIRBELSÄULE (87.24.6), RÖNTGEN-MORPHOMETRIE DER LENDENWIRBELSÄULE (87.24.7)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ3	93.05.4	POSTUROGRAPHIE. Wird mit entsprechenden Instrumenten und Befund vorgenommen. Nicht vereinbar mit 93.05.5.		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ3	93.11.1	INDIVIDUELLE HEILGYMNASTIK bezüglich „Gelenk-, Knochen- und Bewegungsfunktionen“ gemäß ICF der WHO, die vor allem therapeutische Bewegungsübungen umfassen, unabhängig von der eingesetzten Technik, den verwendeten Hilfsmitteln, den Prothesen, Orthesen, verwendeten Behelfen sowie den manuellen Therapien. Pro 30-minütige Sitzung. Zyklus bis 10 Sitzungen		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	
BZ4					
BZ4		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

BZ4	86.04	INZISION MIT DRAINAGE AN HAUT-UND SUBKUTANGEWEBE. Inzision von Abszess, Karbunkel oder Phlegmon. Ausgenommen: Drainage im Gesicht- und Mundbereich, Tenar- und Handflächenbereich von Zysten oder Pilonidalsinus (86.03)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	86.30.3	ENTFERNUNG ODER LOKALE ABTRAGUNG EINER LÄSION ODER VON KUTANEM- UND SUBKUTANEM GEWEBE MITTELS KRYOTHERAPIE ODER FULGURATION. Pro Sitzung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.27.2	GLUKOSE-6-PHOSPHAT DEHYDROGENASE (G6PDH)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.44.1	HARNSÄURE. Nicht mit 90.34.8 vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.72.3	C-REAKTIVES PROTEIN (Quantitativ)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.93.3	VERSCHIEDENE BIOLOGISCHE PROBEN, KULTUR NNB. Vollständiger Nachweis von Bakterien und pathogenen Hefen. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm an Keimen	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.93.J	KULTUR VON EITRIGEN EXSUDATEN [EITER] DURCH TIEFE LÄSIONEN. Nachweis von aeroben und anaeroben Bakterien und Hefen. Inbegriffen: mikroskopische Untersuchung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.93.K	KULTUR VON EITRIGEN EXSUDATEN [EITER] DURCH OBERFLÄCHLICHE LÄSIONEN. Nachweis von aeroben Bakterien und Hefen. Inbegriffen: mikroskopische Untersuchung. Wenn positiv, inbegriffen: Identifizierung und Antibiogramm	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.04.5	ALANIN- AMINOTRANSFERASE (ALT) (GPT)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.09.2	ASPARTAT AMINOTRANSFERASE (AST) (GOT)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.62.2	BLUTBILD: ZYTOMETRISCHE UNTERSUCHUNG UND LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG Hb, RBC, WBC, HCT, PLT, DIFF. Einschließlich evtl. mikroskopische Untersuchung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	96.59	WUNDVERSORGUNG. Inbegriffen: evtl. Oberflächen-Lokalanästhesie, Reinigung und Nahtentfernung	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	91.49.3	MIKROBIOLOGISCHE PROBEENTNAHME	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	96.59.1	EINFACHE VERSORGUNG von Wunde mit Größe < 10 cm ² und/oder oberflächlicher Wunde. Inbegriffen: Oberflächen-Lokalanästhesie und Reinigung. Bis 16 Versorgungen pro Wunde.	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	89.39.6	BEOBACHTUNG VON KUTANEN LÄSIONEN ODER KUTANEN ADNEXEN MIT VIDEODERMATOSKOPIE	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	86.4	RADIKALE ENTFERNUNG EINER HAUTLÄSION. Weite Entfernung einer Hautläsion, welche die angrenzenden oder tieferliegenden Strukturen miteinschließt	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	86.63	VOLLHAUTTRANSPLANTAT IN ANDERE HAUTREGION. Ausgenommen: Heterologes (86.65) und homologes Transplantat	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	91.19.5	HEPATITIS-C-VIRUS [HCV]- ANTIKÖRPER Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	91.18.5	VIRUS HEPATITIS B [HBV], ANTIGEN HBsAg. Nicht vereinbar mit 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	91.23.F	ERWORBENE IMMUNDEFIZIENZ-VIRUS [HIV 1-2]. COMBINED TEST ANTIKÖRPER UND ANTIGENE P24. Inbegriffen: evtl. Immunoblotting. Nicht vereinbar mit 91.13.2 Virus-Antikörper Immunoblotting (Bestätigung) NNB	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
BZ4	90.99.1	MYKOBAKTERIEN IMMUNOLOGISCHE DIAGNOSE VON LATENTER Tuberkulose-Infektion [IGRA]	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

BZ4	96.59.2	KOMPLEXE VERSORGUNG von Wunde mit Größe 10-25 cm2 und/oder einer Tiefe bis zur Dermis. Inbegriffen: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Bis 40 Versorgungen pro Wunde.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	96.59.3	KOMPLEXE VERSORGUNG von Wunde mit Größe 25-80 cm2 und/oder Involvierung der Muskelfaszie. Inbegriffen: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Bis 60 Versorgungen pro Wunde.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	96.59.4	KOMPLEXE VERSORGUNG von Wunde mit Größe >80 cm2 und/oder Involvierung der Muskeln und tieferen Gewebsschichten. Inbegriffen: Oberflächen- Lokalanästhesie, Reinigung, Debridement. Bis 80 Versorgungen pro Wunde.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	96.59.5	VERSORGUNG VON KOMPLIZIERTEN PHAGEDÄNISCHEN WUNDEN, schweren Infektionen mit Involvierung tiefer Gewebsschichten. Inbegriffen: Anästhesie mittels Lokalinfiltration, Reinigung, Antisepsis, Debridement und Verbandswechsel. Mit Photodokumentation. Bis 20 Versorgungen pro Wunde.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	96.59.6	VERSORGUNG KOMPLIZIERTER WUNDEN MIT EINSATZ TECHNISCHER INSTRUMENTE. Bei zeitaufwendigen und besonders anspruchsvollen Wunden und/oder Infektion der tiefen Gewebsschichten und/oder exponierten Knochensegmenten und/oder Sehnen. Inbegriffen: Lokoregionale Nerven- und Plexus- Analgesie, pharmakologische Sedierung, Reinigung, chirurgisches Debridement, Spezialverbände unter Einsatz von technischen Instrumenten, wie z.B. Leichter Verband.		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	83.65.2	NAHT VON TIEFER WUNDE MIT FASZIENLÄSION		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	86.30.5	CHIRURGISCHE ENTFERNUNG VON KUTANEN BZW. SUBKUTANEN LÄSIONEN ODER GEWEBEN MIT WUNDNÄHTEN		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	91.40.G	HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT UND/ODER WEICHGEWEBE. Mit Biopsie oder Exzision einer Neubildung. Inbegriffen: evtl. zusätzliche histochemische und/oder immunohistochemische, zur Vervollständigung der Diagnose notwendigen Analysen. Pro Entnahme		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	91.40.H	HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER HAUT UND/ODER WEICHGEWEBE. Erweiterte Exzision einer malignen Tumorbildung. Inbegriffen: evtl. zusätzliche histochemische und/oder immunohistochemische, zur Vervollständigung der Diagnose notwendigen Analysen. Pro Entnahme		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
BZ4	88.03.2	FISTULOGRAFIE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99					
D99		KONTROLLVISITE, die zur Überwachung der Krankheit, häufigsten Komplikationen und zur Vorbeugung weiterer Verschlechterungen notwendig ist (* ANMERKUNG)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	* ANMERKUNG: Der verschreibende Arzt bestimmt die Art der beantragten Visite und wählt den entsprechenden Kodex unter den im Tarifverzeichnis angegebenen Leistungen ambulanter fachärztlicher Betreuung
D99		ERSTVISITE (* ANMERKUNG)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	89.02	ERGÄNZENDE FOLGEVISITE NACH DER ERSTVISITE		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	88.73.1	BEIDSEITIGER ULTRASCHALL DER BRUST. Inbegriffen: Ultraschall der Achselhöhle. Inbegriffen: Color Doppler wenn notwendig Inbegriffen: evtl. klinische Bewertung der Brust		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	88.73.2	BEIDSEITIGER ULTRASCHALL DER BRUST. Inbegriffen: Ultraschall der Achselhöhle und evtl. ergänzender Color Doppler. Inbegriffen: evtl. klinische Bewertung der Brust		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	88.92.9	MR DER BRUST BEIDSEITIG OHNE UND MIT KM		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	87.37.1	MAMMOGRAPHIE, BEIDSEITIG		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	87.37.2	MAMMOGRAPHIE, EINSEITIG		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	
D99	90.55.1	CARBOHYDRAT-ANTIGEN 125 (CA 125)		<i>In Südtirol bereite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 1 „Mit Befreiung verschreibbare Leistungen“

D99	88.78.2	GYNKOLOGISCHER ULTRASCHALL mit transvaginaler oder abdominaler Sonde. Inbegriffen: Colordoppler wenn notwendig Nicht vereinbar mit ULTRASCHALL DES UNTERBAUCHES (88.75.1), US-MONITORING DES OVULATIONSZYKLUS (88.78.1), HYSTEROSONOGRAPHIE (87.83.2)	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	90.56.9	PROSTATASPEZIFISCHES ANTIGEN [PSA] REFLEX (Cut-off $\leq 2,5$ mU/L, $\geq 10,0$ mU/L). Inbegriffen: automatische Ausführung von fPSA, Befund von PSA + fPSA mit Berechnung des Verhältnisses fPSA/PSA wenn PSA $> 2,5$ ug/L e $< 10,0$ mU/L	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	89.07	MULTIDISZIPLINÄRE VISITE. Inbegriffen: evtl. Erstellung eines INDIVIDUELLEN REHABILITATIVEN MULTIDISZIPLINÄREN BEHANDLUNGSPLANES	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	94.09	KLINISCH- PSYCHOLOGISCHS GESPRÄCH	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	88.95.2	MR DES OBERBAUCHES, OHNE UND MIT KM. Inbegriffen: Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Nebennieren, Retroperitoneum und entsprechende Gefäße. Nicht mit 88.97.9 und 88.97.C vereinbar	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	52.13	BILIOPANKREATISCHE ENDOSONOGRAFIE	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	99.29.A	SEDIERUNG. Im Rahmen einer Biopsie oder Endoskopie	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	G1.0210	Mutationsanalyse von Krankheiten, die 2 bis 10 Gene für die Diagnose erfordern. Sequenzierung und quantitative Methode, jede Methode	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	G1.1130	Mutationsanalyse von Krankheiten, die 11 bis 30 Gene für die Diagnose erfordern. Sequenzierung und quantitative Methode, jede Methode	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	G1.91	Analyse bekannter Mutation. Nachweis von festgesetzter Mutation bei Vererbung. Sequenzierung beliebige Methode	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	G1.3190	Mutationsanalyse von Krankheiten, die 31 Gene für die Diagnose erfordern. Sequenzierung und quantitative Methode, jede Methode	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	91.49.2	VENOESE BLUTABNAHME	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen Betreuungsstandards.
D99	91.49.1	KAPILLÄRE BLUTABNAHME	In Südtirol befreite Leistung, zusätzlich zu den nationalen wesentlichen

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

CODICE ESENZIONE (Prime cifre)	CODICE NUOVI LEA NAZ	DESCRIZIONE NUOVI LEA	Frequenze	Annotazioni 1	Annotazioni 2
001					
001		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
001	90.11.4	CALCIO TOTALE			
001	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
001	90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]			
001	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
001	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)			
001	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento			
001	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO			
0A02					
0A02		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
0A02	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
0A02	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
0A02	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	Non più di 1 volta l'anno		
0A02		OPPURE			
0A02	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	Non più di 1 volta l'anno		
0A02	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9			
0A02	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)			
0A02	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER		Per i soggetti di cui al codice 0A02 V45.0 oltre alla visita di controllo e alle prestazioni di cui al codice 89.52; 87.44.1; 88.72.3; 89.41; 89.50	
0A02	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE			
0A02	92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41		Per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica di cui al codice 0A02.414 e sottoposti ad intervento di rivascularizzazione oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 89.52; 87.44.1; 88.72.3; 89.41; 89.50	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

0A02	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		<i>Per i soggetti affetti da fibrillo flutter atriale di cui al codice 0A02.427 in terapia con amiodarone oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 89.52; 87.44.1; 88.72.3; 89.41; 89.50</i>	
0A02	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8			
0A02	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
0A02	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
0A02	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
0B02					
<u>0B02</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
0B02	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)			
0B02		OPPURE			
0B02	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)			
0B02	88.73.5	ECULULODUPLEXGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi			
0B02	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute		<i>Per i soggetti che necessitano di terapie riabilitative dopo un evento collegato ad occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (0B02.433); occlusione delle arterie cerebrali (0B02.434); e altre mal definite arteriovasculopatie cerebrali (0B02.437), oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 87.03.1; 88.73.5.</i>	
0B02	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute		<i>Per i soggetti che necessitano di terapie riabilitative dopo un evento collegato ad occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (0B02.433); occlusione delle arterie cerebrali (0B02.434); e altre mal definite arteriovasculopatie cerebrali (0B02.437), oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 87.03.1; 88.73.5.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

OB02	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute		<i>Per i soggetti che necessitano di terapie riabilitative dopo un evento collegato ad occlusione e stenosi delle arterie precerebrali (OB02.433); occlusione delle arterie cerebrali (OB02.434); e altre mal definite arteriovasculopatie cerebrali (OB02.437), oltre alla visita di controllo ed alle prestazioni di cui al codice 87.03.1; 88.73.5.</i>	
OB02	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
OB02	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
OB02	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In trattamento anticoagulante, in aggiunta:</i>	
OC02					
<u>OC02</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
OC02	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
OC02	88.73.5	ECOCOLOR(DOPPLER)GRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi			
OC02	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			
OC02	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali			
OC02	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi			
OC02	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		<i>Per i soggetti di cui ai codici OA02, OB02, OC02, in trattamento anticoagulante</i>	
OC02	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)		<i>Per i soggetti di cui ai codici OA02, OB02, OC02, in trattamento anticoagulante</i>	
OC02	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Per i soggetti di cui ai codici OA02, OB02, OC02, in trattamento anticoagulante</i>	
003					
<u>003</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
003	90.09.1	APTOGLOBINA			
003	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07			
003	90.22.3	FERRITINA			
003	90.22.5	FERRO			
003	90.42.5	TRANSFERRINA			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

003	90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]			
003	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
003	90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio			
003	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
003	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
005					
<u>005</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
005	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO			
005	90.13.3	CLORURO			
005	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
005	90.22.5	FERRO			
005	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
005	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
005	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
005	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
005	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
005	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
005	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
005	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
005	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)			
005	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta			
005	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)			
006					
<u>006</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
006	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
006	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
006	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
006	90.22.3	FERRITINA			
006	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
006	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
006	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
006	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
006	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
006	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE			
006	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
006	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)			
006	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
006	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita			
006	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita			
006	87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria	
006	87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria	
006	87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria	
006	88.21.2	RX DELLA SPALLA		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

006	88.21.3	RX DEL BRACCIO			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.22.1	RX DEL GOMITO			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.23.1	RX DEL POLSO			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.26.2	RX DELL'ANCA			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.27.1	RX DEL FEMORE			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.27.3	RX DELLA GAMBA			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
006	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare. Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)			
006	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)			
006	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	non più di 1 volta l'anno		
006	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).			
006	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno		
006	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non inferiore a 12 -18 mesi		
006	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	non inferiore a 12 -18 mesi		
006	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	non inferiore a 12 -18 mesi		
006	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo			
006	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute			
006	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare			
006	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

006	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA. Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		Questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
006	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		Questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
006	45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	non più di 1 volta l'anno	
006	45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	non più di 1 volta l'anno	
006	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale		
006	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco		
006	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco		
006	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA		<i>In età pediatrica, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler		<i>In età pediatrica, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
006	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.43.5	URATO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

006	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. In caso di trattamento con interferone</i>
006	90.11.4	CALCIO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.14.1	COLESTEROLO HDL		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	90.43.2	TRIGLICERIDI		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
006	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
007				
<u>007</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
007	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
007	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
007	91.90.4	SCREENING ALLERGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni		

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

007	93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale			
007	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
007	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA			
007	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA.			
007	89.37.4	Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco			
007	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA			
007	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
008					
<u>008</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
008	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
008	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA			
008	90.07.5	AMMONIO			
008	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
008	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07			
008	90.13.3	CLORURO			
008	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
008	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
008	90.22.3	FERRITINA			
008	90.22.5	FERRO			
008	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA			
008	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
008	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
008	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)			
008	90.30.2	LIPASI PANCREATICA			
008	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
008	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
008	90.38.5	PROTEINE TOTALI			
008	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
008	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)			
008	90.43.2	TRIGLICERIDI			
008	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
008	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
008	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
008	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)			
008	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)			
008	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
008	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
008	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
008	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)			
009					

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

009	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
009		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
009	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
009	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA			
009	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
009	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07			
009	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)			
009	90.22.3	FERRITINA			
009	90.22.5	FERRO			
009	90.23.2	FOLATO			
009	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA			
009	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
009	90.30.2	LIPASI PANCREATICA			
009	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
009	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
009	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
009	90.42.5	TRANSFERRINA			
009	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
009	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
009	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)			
009	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
009	87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO			
009	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)			
009	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1			
009	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)			
009	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non inferiore a 12-18 mesi		
009	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	non inferiore a 12-18 mesi		
009	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	non inferiore a 12-18 mesi		
009	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)			
009	45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)			
009	45.14.2	BIOPSIA DELL'INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)			
009	45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5			
009	45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

009	45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1			
009	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2			
009	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1			
009	91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione			
011					
<u>011</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
011	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute			
011		OPPURE			
011	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute			
011	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute			
011		OPPURE			
011	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute			
011	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
011	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
011	90.32.2	LITIO		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	
011	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	
011	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	
012					
<u>012</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
012	90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)			
012	90.13.3	CLORURO			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

012	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
012	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
012	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
012	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
013					
013		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
013	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica		
013	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica		
013	90.11.1	C PEPTIDE			
013	90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)			
013	90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.14.1	COLESTEROLO HDL		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
013	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
013	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
013	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA			
013	90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]			
013	90.43.2	TRIGLICERIDI			
013	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
013	90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma			
013	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO			
013	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
013	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			
013	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

013	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno		
013	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	non più di 1 volta l'anno		
013	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi			
013	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2			
013	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2			
013	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta			
013	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti			
013	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B			
013	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B			
013	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema			
013	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute			
013	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute			
013	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA			
013	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT			
013	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica			
013	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
013	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA			
013	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA			
013	95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4			
013	99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

013	14.34	FOTOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA			
013	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
013	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA			
013	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)			
013	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma			
013	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O Plica UNGUEALE			
013	89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
013	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita			
013	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco			
013	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 ≥ limite superiore di riferimento, referto di TSH + FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 < limite superiore dell'intervallo di riferimento, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Se TSH > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4 e referto di TSH + FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi a livello regionale. Non associabile ai singoli codici 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).		<i>Nel DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta:</i>	
013	1300.01	VALUTAZIONE PODOLOGICA - Esame obiettivo del piede, cartella clinica, esame al podoscopio e decisione sul tipo di trattamento da eseguire		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità fino a 2 volte l'anno con prescrizione del servizio diabetologico, della medicina, del MMG, della dermatologia, della chirurgia vascolare della</i>	
013	1300.02	TRATTAMENTO PODOLOGICO SEMPLICE - Taglio unghie non patologiche ed escissioni di ipercheratosi superficiali. Escluso: trattamento ulcere		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità fino a 2 volte l'anno con prescrizione del servizio diabetologico, della</i>	
013	1300.03	TRATTAMENTO PODOLOGICO COMPLESSO CON FELTRAGGIO E MEDICAZIONE - Taglio e fresaggio (con micromotore) delle unghie patologiche ed escissione di ipercheratosi e callosità. Escluso: trattamento ulcere		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità fino a 6 volte l'anno secondo prescrizione del servizio diabetologico, della</i>	
013	1300.04	ONICOCRIPTOSI - Trattamento di incisione dell'unghia incarnita. Incluso: fino a 2 controlli successivi		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità solo quando si presenta il problema con prescrizione del servizio diabetologico, della medicina, del MMG, della dermatologia, della chirurgia vascolare, della geriatria</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

013	1300.05	ORTESI DIGITALE SEMPLICE IN SILICONE	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità 1 volta l'anno o 2 volte l'anno in caso di rottura dell'ortesi con prescrizione del servizio diabetologico o della chirurgia vascolare
013	1300.06	ORTESI DIGITALE COMPLESSA IN SILICONE	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità 1 volta l'anno o 2 volte l'anno in caso di rottura dell'ortesi con prescrizione del servizio diabetologico o della chirurgia vascolare
013	1300.07	ORTESI PLANTARE DI SCARICO - Per 1 plantare	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Erogabilità 1 volta l'anno con prescrizione del servizio diabetologico o della chirurgia vascolare
013	1300.09	RIEDUCAZIONE UNGUEALE per singola seduta, massimo sei sedute	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali. Terapia completa per circa 4/5 mesi con cambio mensile di barrette o bottoni da eseguire quando necessita la prestazione. Prescrivibile dal servizio diabetologico, dalla chirurgia vascolare o dalla dermatologia

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

013T					
013T		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale. Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07)			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.11.1	C PEPTIDE			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.14.1	COLESTEROLO HDL			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.43.2	TRIGLICERIDI			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.43.5	URATO			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
013T	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

013T	90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
013T	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
013T	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
013T	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

014				
014	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>In trattamento di disassuefazione o in Comunità di recupero:</i>
016				
016		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
016	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		
016	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA		
016	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		
016	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07)		
016	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		
016	90.22.5	FERRO		
016	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		
016	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		
016	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolarità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		
016	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)		
016	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
016	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		
016	90.39.4	RAME		
016	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8		
016	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		
016	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
016	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)		
016	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		
016	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA		
016	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		
016	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione		
016	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		
016	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento		
016	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.		
016	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
016	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		
016	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo		
016	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione		
016	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA		<i>Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni</i>
016	90.12.5	CERULOPLASMINA		<i>Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni</i>
016	90.22.3	FERRITINA		<i>Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni</i>
016	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>
016	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>
016	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

016	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
016	90.44.6	VITAMINA D (25 OH)		<i>In caso di trattamento con Interferone</i>	
017					
017		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
017	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
017	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
017	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
017	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
017	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
017	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)			
017	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)			
017	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
017	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisinnografia (89.17)			
017	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO			
017	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO			
017	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]			
017	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio			
017	89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Includo EEG (89.14)			
017	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE			
017	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	non più di 1 volta l'anno		
018					
018	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Secondo le modalità di erogazione previste dalla legge 23 dicembre 1993, n. 548.</i>	
019					
019		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
019	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Includo: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

019	95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4			
019	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT			
019	95.13	ECOGRAFIA OCULARE			
019	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)			
019	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi			
019	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA			
020					
020	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

021				
021		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
021	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		
021	90.05.1	ALBUMINA		
021	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		
021	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		
021	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
021	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa
021	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		
021	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		
021	90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o NT-proBNP)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
021	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
021	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8		
021	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		
021	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
021	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
021	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		
021	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)		
021		OPPURE		
021	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)		
021	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
021	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9		
021	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute		
022				
022		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
022	90.11.4	CALCIO TOTALE		
022	90.13.3	CLORURO		
022	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		
022	90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		
022	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		
022	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		
022	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
022	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

022	90.40.2	RENINA. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
022	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
022	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
022	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
022	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

023				
023		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
023	90.05.1	ALBUMINA		
023	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA		
023	90.11.4	CALCIO TOTALE		
023	90.13.3	CLORURO		
023	90.14.1	COLESTEROLO HDL		
023	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		
023	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		
023	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)		
023	90.22.3	FERRITINA		
023	90.22.5	FERRO		
023	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		
023	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolarità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		
023	90.32.5	MAGNESIO TOTALE		
023	90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta		
023	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
023	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE)		
023	90.38.5	Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		
023	90.38.5	PROTEINE TOTALI		
023	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5		
023	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8		
023	90.42.5	TRANSFERRINA		
023	90.43.2	TRIGLICERIDI		
023	90.43.5	URATO		
023	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8		
023	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		
023	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
023	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		
023	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
023	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO		
023	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina		
023		OPPURE		
023	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO		
023	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		
023	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
023	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		
023	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6		
023	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)		
023	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>
023	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione		<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>
023	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>
023	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.		<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

023	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	<i>Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:</i>
023	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI	<i>Per i soggetti in trattamento dialitico, secondo le condizioni cliniche individuali:</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

024					
024		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
024	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
024	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
024	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
024	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		<i>questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa</i>	
024	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		<i>questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa</i>	
024	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
024	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
024	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)			
024	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
024	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE)			
024	90.40.4	Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
024	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
024	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
024	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
024	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
024	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina			
024		OPPURE			
024	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO			
024	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
024	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			
024	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
024	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
024	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)			
024		OPPURE			
024	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)			
024	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
024	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO			
024	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA. ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute			
024	93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute			
024	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute			
024	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute			
025					

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

025		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
025	90.14.1	COLESTEROLO HDL			
025	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
025	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)			
025	90.43.2	TRIGLICERIDI			
025	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
025	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)			
025		OPPURE			
025	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)			
025	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
025	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi			
025	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali			
025	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi			
025	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9		<i>In caso di complicanza cardiaca, in aggiunta:</i>	
025	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
025	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
025	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
025	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
025	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
025	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]		<i>In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante</i>	
026					
026		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
026	90.11.4	CALCIO TOTALE			
026	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
026	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)			
026	90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta			
026	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
026		CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE			
026	89.52	RADIOGRAFIA OSSEA A CARICO DEL DISTRETTO/INTERESSATO/I ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
026	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	non più di 1 volta l'anno		

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

026	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno		
026	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
026	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non più di una volta ogni 12-18 mesi		
026	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	non più di una volta ogni 12-18 mesi		
026	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	non più di una volta ogni 12-18 mesi		
026	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA			
027					
<u>027</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
027	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
027	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
027	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8			
027	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8			
027	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
027	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
027	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.			
027	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		In caso di complicanza cardiaca in aggiunta:	
027	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)		In caso di complicanza cardiaca in aggiunta:	
027		OPPURE			
027	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)		In caso di complicanza cardiaca in aggiunta:	
028					
<u>028</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
028	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
028	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
028	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
028	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)			
028	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
028	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria	
028	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

028	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
028	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
028	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
028	90.38.5	PROTEINE TOTALI			
028	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
028	90.43.2	TRIGLICERIDI			
028	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
028	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
028	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening			
028	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO			
028	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)			
028	90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)			
028	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA			
028	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
028	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
028	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)			
028	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
028	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
028	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
028	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	non più di 1 volta l'anno		
028	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	non più di 1 volta l'anno		
028	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
028	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non inferiore a 12 -18 mesi		
028	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	non inferiore a 12 -18 mesi		
028	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	non inferiore a 12 -18 mesi		
028	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA. Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
028	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute		nell'ARTROPATHIA LUPICA oltre alle precedenti	
028	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti	
028	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti	
028	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti	
028	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti	
028	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

028	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
028	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
028	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.09.1	APTOGLOBINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.14.1	COLESTEROLO HDL		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.05.1	ALBUMINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.11.4	CALCIO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	In caso di trattamento con Interferone
028	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

028	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
028	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
029					
029		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
029	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute			
029		OPPURE			
029	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute			
029	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute			
029		OPPURE			
029	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute			
029	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	EVENTUALI ULTERIORI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE INDICATE PER PATOLOGIE ASSOCIATE E CONSEGUENTI		<i>Limitatamente a specifiche esigenze cliniche esplicitamente documentate:</i>	
029	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	<i>questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa</i>
029	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	<i>questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa</i>
029	90.32.2	LITIO		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	
029	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

029	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:
030				
<u>030</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
030	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		
030	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)		
030	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		
030	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		
030	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		
030	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)		
030	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		
030	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8		
030	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		
030	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		
030	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA		
030	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
030	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)		
030	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		
030	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		
030	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
030	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita		
030	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita		
030	87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.23.1	RX DEL POLSO		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.26.2	RX DELL'ANCA		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.27.3	RX DELLA GAMBA		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA		prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria
030	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno	
030	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
030	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non inferiore a 12 -18 mesi	
030	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	non inferiore a 12 -18 mesi	
030	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	non inferiore a 12 -18 mesi	
030	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA		
030	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale		
030	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti
030	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti
030	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

030	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
030	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
030	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
030	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco		<i>in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti</i>	
030	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolarità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	90.11.4	CALCIO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	In caso di trattamento con Interferone
030	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includi tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Includi tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Includi tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
030	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

030	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
0A31				
<u>0A31</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
0A31	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		
0A31	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
0A31	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
0A31	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	non più di 1 volta l'anno	
0031				
<u>0031</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
0031	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		
0031	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
0031	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		
0031	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
0031	90.14.1	COLESTEROLO HDL		
0031	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		
0031	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolarità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)		
0031	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8		
0031	90.43.2	TRIGLICERIDI		
0031	90.43.5	URATO		
0031	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
0031	90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO		
0031	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		
0031	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA		
0031	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)		
0031		OPPURE		
0031	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)		
0031	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)		
0031	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		
0031	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	non più di 1 volta l'anno	
032				
<u>032</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
032	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		
032	90.11.4	CALCIO TOTALE		
032	90.13.3	CLORURO		
032	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

032	90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
032	90.19.2	ESTRADIOLO (E2)			
032	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)			
032	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
032	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
032	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
032	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
032	90.41.3	TESTOSTERONE			
032	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
032	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
032	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	non più di 1 volta l'anno		
032	87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCCIGI (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARRE (87.24.7)			
032	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno		
032	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
032	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT			
035					
035		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
035	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
035	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
035	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8			
035	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8			
035	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
035	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
035	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)			
035		OPPURE			
035	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)			
035	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
035	90.11.4	CALCIO TOTALE			
035	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)			
035	90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)			
035	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)			
035	92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123			
035	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA			
035	95.09.2	ESOFALMOMETRIA			
035	95.13	ECOGRAFIA OCULARE			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

035	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	non più di 1 volta l'anno		
035	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: color Doppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	non più di 1 volta l'anno		
035	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento			
035	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO			
036					
<u>036</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
036	88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE			
036	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi			
036	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo			
036	93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)			
037					
<u>037</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
037	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
037	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
037	90.11.4	CALCIO TOTALE			
037	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO			
037	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)			
037	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
037	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
037	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
037	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	RADIOGRAFIA OSSEA DEL DISTRETTO/I INTERESSATO/I			
037	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7			
037	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA			
037	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	non più di 1 volta l'anno		
037		OPPURE			
037	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	non più di 1 volta l'anno		
037	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco			
037	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco			
037	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.
037	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA			Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

037	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
037	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	<i>In caso di trattamento con Interferone</i>
037	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
037	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
038					
038		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
038	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
038	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
038	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
038	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute			
038		OPPURE			
038	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute			
038	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute			
038		OPPURE			
038	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute			
038	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo			
038	93.05.7	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo			
038	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute			
038	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute			
038	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

038	93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS della durata di 30 minuti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
038	93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
039					
<u>039</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
039	90.11.4	CALCIO TOTALE			
039	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
039	90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]			
039	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
039	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MCD (87.03.D)	non più di 1 volta l'anno		
039	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]			
040					
<u>040</u>	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Limitatamente ai primi tre anni di vita:</i>	
041					
<u>041</u>	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

042					
042		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>	
042	90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE			
042	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)			
042	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07			
042	90.11.4	CALCIO TOTALE			
042	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)			
042	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE			
042	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA			
042	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
042	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
042	90.30.2	LIPASI PANCREATICA			
042	90.43.2	TRIGLICERIDI			
042	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
042	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
042	88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C			
042	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9			
042	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
044					
044	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO			
044	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
044	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		questa prestazione riguarda il dosaggio di farmaci erogabili a carico del SSN utilizzati per la terapia della patologia esente, delle complicanze e di eventuali aggravamenti della stessa	
044	90.32.2	LITIO			
044	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
044	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)			
044	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta			
044	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartria. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute			
044		OPPURE			
044	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute			
044	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		<i>In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:</i>	<i>controllo ematologico</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

044	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:	controllo ematologico
044	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:	controllo ematologico
044	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:	controllo ematologico
044	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:	controllo ematologico
044	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:	controllo ematologico
044	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
045				
045		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
045	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		
045	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		
045	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		
045	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
045	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		
045	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		
045	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
045	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute		
045	99.82.2	PUVA - BALNEOTERAPIA - Per seduta. Ciclo di 8 sedute	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
045	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
045	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

045	90.43.5	URATO		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DEL DISTRETTO INTERESSATO		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	non inferiore a 12 -18 mesi	<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0), in aggiunta:</i>
045	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco		<i>Nella FORMA ARTROPATICA (696.0) in trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>
045	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
045	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
045	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
045	90.14.1	COLESTEROLO HDL		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

045	90.43.2	TRIGLICERIDI		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	<i>In caso di trattamento con Interferone</i>
045	90.11.4	CALCIO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color doppler		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

045	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOT (88.93.6)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
045	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
046					
046	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
048					
048	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Secondo le condizioni cliniche individuali:</i>	
048					
049	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
050					
050	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Secondo le condizioni cliniche individuali:</i>	
051					
051	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
052					
052	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Secondo le condizioni cliniche individuali:</i>	
053					
053	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA LORO CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE			
054					
054		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	non più di 1 volta l'anno ad eccezione della visita reumatologica	<i>Nelle forme precoci, NON radiologicamente evidenti (spondiloartrite assiale non radiografica):</i>	<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
054	88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOT. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme precoci, NON radiologicamente evidenti (spondiloartrite assiale non radiografica):</i>	
054		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

054	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	88.26.2	RX DELL'ANCA	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBAR (87.24.7)	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	non più di 1 volta l'anno	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

054	93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>
054	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco		<i>Nelle forme radiologicamente evidenti:</i>	
054	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco		<i>In trattamento con farmaci biologici, in aggiunta alle precedenti:</i>	
054	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.43.5	URATO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	<i>In caso di trattamento con Interferone</i>
054	90.11.4	CALCIO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	
054	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

054	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	90.14.1	COLESTEROLO HDL		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	90.43.2	TRIGLICERIDI		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>
054	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

054	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.21.2	RX DELLA SPALLA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.21.3	RX DEL BRACCIO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.23.1	RX DEL POLSO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.27.1	RX DEL FEMORE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.27.3	RX DELLA GAMBA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

054	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
054	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055					
<u>055</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
055	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
055	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
055	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07			
055	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
055	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
055	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
055	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)			
055	91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcoolico resistenti). Incluso: ESAME COLTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex			
055	90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055	90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055	90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055	90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
055	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
055	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO			
055	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
055	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	RADIOGRAFIA A CARICO DELL'ORGANO O DEL DISTRETTO INTERESSATO		<i>In caso di tubercolosi ossea sospetta o diagnosticata.</i>	
055	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E			
056					
<u>056</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale	
056	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)			
056	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)			
056	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8). Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)			
056	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8			
056	90.43.3	TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8			
056	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
056	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

056	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.			
057					
<u>057</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 6 mesi		*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
057	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	ogni 6 mesi		
057	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	ogni 6 mesi		
057	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	ogni 6 mesi		
057	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	ogni 6 mesi		
057	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	ogni 6 mesi		
057	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	ogni 6 mesi		
057	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	ogni 6 mesi		
057	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	ogni 6 mesi		
057	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	ogni 6 mesi		
057	89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	ogni 6 mesi		
057	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	ogni 12 mesi		
057	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	ogni 12 mesi		
057	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	ogni 6 mesi		
057		OPPURE			
057	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	ogni 6 mesi		
057	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	ogni 12 mesi		
057	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	ogni 12 mesi		
057	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	ogni 6 mesi		Per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:
057		OPPURE			
057	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.2	ogni 6 mesi		Per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:
057	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	ogni 6 mesi		Per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:
058					
058	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER VALUTARE LA FUNZIONALITÀ DELL'ORGANO RESIDUO			
059					
059	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
060					
<u>060</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
060	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
060	90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO			
060	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
060	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)			
060	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

060	90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma			
060	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	RX CONVENZIONALE a CARICO DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I			
060	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL/ DEI DISTRETTO/I INTERESSATO/I			
060	88.03.2	FISTOLOGRAFIA			
060	92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2			
060	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
061					
<u>061</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
061	90.05.1	ALBUMINA			
061	90.11.4	CALCIO TOTALE			
061	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
061	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)			
061	90.22.5	FERRO			
061	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)			
061	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8			
061	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
061	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8			
061	90.42.5	TRANSFERRINA			
061	90.43.2	TRIGLICERIDI			
061	90.43.5	URATO			
061	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8			
061	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
061	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
061	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
061	90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma			
061	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			
061	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO			
061	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE			
061	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina			
061		OPPURE			
061	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO			
061	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
061	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
061	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6			
061	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)			
061	89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)			
061	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5			<i>In caso di positività del 90.38.4</i>
062					
<u>062</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

062	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
062	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
062	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni			
062	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
062	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma			
062	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9			<i>In caso di sospetta neoplasia:</i>
063					
063		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 6 mesi		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
063	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	ogni 6 mesi		
063	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2	ogni 6 mesi		
063		OPPURE ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	ogni 6 mesi		
063	88.79.8				
063	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE			<i>In caso di sospetta ostruzione intestinale, oltre alle precedenti</i>
064					
064	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA SINDROME NELLE FORME INDIVIDUATE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
065					
065	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
066					
066	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA SINDROME NELLE FORME INDIVIDUATE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI			
067					
067		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)			<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
067	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)			
067	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4			
067	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)			
067	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5			
067	90.38.5	PROTEINE TOTALI			
067	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario			
067	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening			
067	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO			
067	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)			
067	90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)			
067	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA			
067	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico			
067	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)			
067	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)			
067	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

067	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale			
067	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)			
067	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	non più di 1 volta l'anno		
067		OPPURE			
067	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	non più di 1 volta l'anno		
067	88.73.5	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	non più di 1 volta l'anno		
067	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso color Doppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K			
067	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E			
067		OPPURE			
067	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E			
067	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	RADIOGRAFIA A CARICO DELL'ORGANO O DEL DISTRETTO INTERESSATO			
067	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE			
067	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE			
067	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)			
BZ1					
<u>BZ1</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale. Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ1	93.01.C	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ1	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ1	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ2					
<u>BZ2</u>	CODICE NON DEFINITO/DEFINIBILE	LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DI CUI SONO AFFETTI E DELLE LORO COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ3					
<u>BZ3</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	<i>*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale</i>
BZ3	87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ3	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

BZ3	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4					
<u>BZ4</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita di controllo richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
BZ4	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
BZ4	89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

BZ4	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
BZ4	88.03.2	FISTOLOGRAFIA		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
D99					
<u>D99</u>		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	*NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita di controllo richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

D99		PRIMA VISITA (* NOTA)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	(* NOTA) Il prescrittore identifica la tipologia di prima visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
D99	89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: color Doppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off $\leq 2,5$ mU/L - $\geq 10,0$ mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $> 2,5$ ug/L e $< 10,0$ mU/L		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	G1.0210	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	G1.1130	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	
D99	G1.3190	Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo		Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.	

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 1 "Prestazioni prescrivibili in esenzione"

D99	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionali.</i>	
D99	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		<i>Prestazione esente in provincia di Bolzano oltre i livelli essenziali di assistenza sanitaria nazionale.</i>	

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 2 „Befreite chronische und invaliditätsverursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“

BEFREIUNGS-KODEX (Erste Ziffern)	KRANKHEIT ODER ZUSTAND	ICD-9-CM-KODEXE	KRANKHEITSDIFFINITION	BEFREIUNGS-KODEX	MINDESTGÜLTIGKEITSDAUER DER BEFREIUNG
001	AKROMEGALIE UND GIGANTISMUS	253.0	AKROMEGALIE UND GIGANTISMUS	001.253.0	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	394	MITRALKLAPPENFEHLER	0A02.394	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	395	AORTENKLAPPENFEHLER	0A02.395	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	396	MITRAL- UND AORTENKLAPPENFEHLER	0A02.396	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	397	KRANKHEITEN SONSTIGER TEILE DES ENDOKARDS	0A02.397	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	414	SONSTIGE FORMEN VON CHRONISCHEN ISCHÄMISCHEN HERZKRANKHEITEN	0A02.414	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	416	CHRONISCHE PULMONALE HERZKRANKHEIT	0A02.416	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	417	SONSTIGE KRANKHEITEN DES LUNGENKREISLAUFS	0A02.417	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	424	SONSTIGE KRANKHEITEN DES ENDOKARDS	0A02.424	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	426	STÖRUNGEN IM ERREGUNGSLEITUNGSSYSTEM DES HERZENS	0A02.426	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	427	HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN	0A02.427	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	429.4	FUNKTIONELLE STÖRUNGEN IN DER FOLGE VON HERZCHIRURGISCHEN EINGRIFFEN	0A02.429.4	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	745	ANOMALIEN DES BULBUS CORDI SOWIE KARDIALE SEPTUMANOMALIEN	0A02.745	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	746	SONSTIGE HERZANOMALIEN	A02.746	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	V42.2	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTE HERZKLAPPE	A02.V42.2	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	V43.3	DURCH SONSTIGE MITTEL ERSETZTE HERZKLAPPE	A02.V43.3	UNBEGRENZT
0A02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DES HERZENS UND LUNGENKREISLAUFKRANKHEITEN	V45.0	HERZSCHRITTMACHER IN SITU	A02.V45.0	UNBEGRENZT
0B02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - HIRNGEFÄSSKRANKHEITEN	433	VERSCHLUSS UND STENOSE DER PRÄZEREBRALEN ARTERIEN	0B02.433	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0B02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - HIRNGEFÄSSKRANKHEITEN	434	VERSCHLUSS ZEREBRALER ARTERIEN	0B02.434	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0B02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - HIRNGEFÄSSKRANKHEITEN	437	SONSTIGE UND NICHT GENAUER DEFINIERTE HIRNGEFÄSSERKRANKUNGEN	0B02.437	UNBEGRENZT
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	440	ARTERIOSKLEROSE	0C02.440	UNBEGRENZT
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	441.2	ANEURYSMA DER AORTA THORACICA OHNE ANGABE EINER RUPTUR	0C02.441.2	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	441.4	ANEURYSMA DER AORTA ABDOMINALIS OHNE ANGABE EINER RUPTUR	0C02.441.4	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	441.7	ANEURYSMA DER THORACO-ABDOMINALEN AORTA OHNE ANGABE EINER RUPTUR	0C02.441.7	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	441.9	AORTENANEURYSMA OHNE NÄHER BEZEICHNETE LOKALISATION OHNE ANGABE EINER RUPTUR	0C02.441.9	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	442	SONSTIGE ANEURYSMEN	0C02.442	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	444	ARTERIELLE EMBOLIE UND THROMBOSE	0C02.444	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	447.0	ERWORBENE ARTERIOVENÖSE FISTEL	0C02.447.0	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 2 „Befreite chronische und invaliditätsverursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“

0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	447.1	STENOSE DER ARTERIEN	0C02.447.1	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	447.6	N.N.BEZ. ARTERIITIS	0C02.447.6	UNBEGRENZT
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	452	PFORTADERTHROMBOSE	0C02.452	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	453	SONSTIGE VENÖSE EMBOLIEN UND THROMBOSEN	0C02.453	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	459.1	POSTPHLEBITISCHES SYNDROM	0C02.459.1	UNBEGRENZT
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	557.1	CHRONISCHE VASKULÄRE INSUFFIZIENZ DES DARMES	0C02.557.1	UNBEGRENZT
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	747	SONSTIGE ANGEBORENE ANOMALIEN DES KREISLAUFSYSTEMS	0C02.747	UNBEGRENZT BZW. GEGEBENENFALLS BIS 3 MONATE NACH DEM EINGRIFF (Chirurgie, Interventionsradiologie, usw.)
0C02	KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (AUSGENOMMEN: .453.0 BUDD-CHIARI-SYNDROM) - KRANKHEITEN DER ARTERIEN, ARTERIOLEN, KAPILLAREN, VENEN UND LYMPHGEFÄSSE	V43.4	DURCH SONSTIGE MITTEL ERSETZTES BLUTGEFÄSS	0C02.V43.4	UNBEGRENZT
003	ERWORBENE AUTOIMMUNHÄMOLYTISCHE ANÄMIE	283.0	AUTOIMMUNHÄMOLYTISCHE ANÄMIEN	003.283.0	UNBEGRENZT
005	ANOREXIA NERVOSA, BULIMIE	307.1	ANOREXIA NERVOSA	005.307.1	2 JAHRE
005	ANOREXIA NERVOSA, BULIMIE	307.51	BULIMIE	005.307.51	2 JAHRE
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.0	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	006.714.0	UNBEGRENZT
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.1	FELTY' SYNDROM	006.714.1	UNBEGRENZT
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.2	SONSTIGE RHEUMATOIDE ARTHRITIS MIT VISZERALER ODER SYSTEMBETEILIGUNG	006.714.2	UNBEGRENZT
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.30	CHRONISCHE ODER N.N.BEZ. RHEUMATOIDE POLYARTHRITIS IM KINDESALTER	006.714.30	UNBEGRENZT
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.32	RHEUMATOIDE ARTHRITIS IM KINDESALTER NUR WENIGE GELENKE BETREFFEND	006.714.32	UNBEGRENZT
006	RHEUMATOIDE ARTHRITIS	714.33	MONOARTIKULÄRE RHEUMATOIDE ARTHRITIS IM KINDESALTER	006.714.33	UNBEGRENZT
007	ASTHMA	493	ASTHMA	007.493	5 JAHRE
007	ASTHMA	493.2	CHRONISCH OBSTRUKTIVES ASTHMA	007.493.2	UNBEGRENZT
008	LEBERZIRRHOSE, BILIÄRE ZIRRHOSE	571.2	ALKOHOLISCHE LEBERZIRRHOSE	008.571.2	UNBEGRENZT
008	LEBERZIRRHOSE, BILIÄRE ZIRRHOSE	571.5	LEBERZIRRHOSE OHNE ANGABE VON ALKOHOL	008.571.5	UNBEGRENZT
008	LEBERZIRRHOSE, BILIÄRE ZIRRHOSE	571.6	BILIÄRE ZIRRHOSE	008.571.6	UNBEGRENZT
009	ULZERÖSE KOLITIS UND CHRON' KRANKHEIT	555	REGIONALE ENTERITIS	009.555	UNBEGRENZT
009	ULZERÖSE KOLITIS UND CHRON' KRANKHEIT	556	ULZERÖSE KOLITIS	009.556	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	290.0	EINFACHE SENILE DEMENZ	011.290.0	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	290.1	PRÄSENILE DEMENZ	011.290.1	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	290.2	SENILE DEMENZ MIT DEPRESSIVEM ODER PARANOIDEM ERSCHEINUNGSBILD	011.290.2	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	290.4	ARTERIOSKLEROTISCHE DEMENZ	011.290.4	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	291.1	ALKOHOLISCHES KORSAKOW-SYNDROM (KORSAKOW-PSYCHOSE)	011.291.1	UNBEGRENZT
011	DEMENZEN	294.0	(NICHTALKOHOLISCHE) KORSAKOW-PSYCHOSE ODER KORSAKOW-SYNDROM	011.294.0	UNBEGRENZT
012	DIABETES INSIPIDUS	253.5	DIABETES INSIPIDUS	012.253.5	UNBEGRENZT
013	DIABETES MELLITUS	250	DIABETES MELLITUS	013.250	UNBEGRENZT
013T	TEMPORÄRER DIABETES			013T (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	6 MONATE
014	SUCHT-, RAUSCHMITTEL UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	303	ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	014.303	Die Gültigkeit der Ticketbefreiung hängt von der Dauer der Entwöhnungsbehandlung oder von der Zeit in der Therapiegemeinschaft ab
014	SUCHT-, RAUSCHMITTEL UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	304	DROGENABHÄNGIGKEIT	014.304	Die Gültigkeit der Ticketbefreiung hängt von der Dauer der Entwöhnungsbehandlung oder von der Zeit in der Therapiegemeinschaft ab
016	AKTIVE CHRONISCHE HEPATITIS	571.4	CHRONISCHE HEPATITIS	016.571.4	5 JAHRE
016	AKTIVE CHRONISCHE HEPATITIS	070.32	CHRONISCHE VIRUSHEPATITIS TYP B OHNE ANGABE EINES COMA HEPATICUM, OHNE ANGABE VON HEPATITIS DELTA	016.070.32	5 JAHRE
016	AKTIVE CHRONISCHE HEPATITIS	070.33	CHRONISCHE VIRUSHEPATITIS TYP B OHNE ANGABE EINES COMA HEPATICUM, MIT HEPATITIS DELTA	016.070.33	5 JAHRE

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 2 „Befreite chronische und invaliditätsverursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“

016	AKTIVE CHRONISCHE HEPATITIS	070.54	CHRONISCHE VIRUSHEPATITIS TYP C OHNE ANGABE EINES COMA HEPATICUM	016.070.54	5 JAHRE
016	AKTIVE CHRONISCHE HEPATITIS	070.9	N.N.BEZ. VIRUSHEPATITIS OHNE ANGABE EINES COMA HEPATICUM	016.070.9	5 JAHRE
017	EPILEPSIE (ASGENOMMEN: LENNOX-GASTAUT-SYNDROM)	345	EPILEPSIE	017.345	UNBEGRENZT
018	MUKOVISZIDOSE	277.0	MUKOVISZIDOSE	018.277.0	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.1	WEITWINKELGLAUKOM	019.365.1	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.3	KORTIKOSTEROID-INDUZIERTES GLAUKOM	019.365.3	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.4	GLAUKOM IN VERBINDUNG MIT KONGENITALEN ANOMALIEN, MIT DYSTROPHIEN UND SYSTEMKRANKHEITEN	019.365.4	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.5	GLAUKOM IN VERBINDUNG MIT AFFEKTIONEN DER LINSE	019.365.5	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.6	GLAUKOM IN VERBINDUNG MIT SONSTIGEN AUGENAFFEKTIONEN	019.365.6	UNBEGRENZT
019	GLAUKOM	365.8	SONSTIGE FORMEN DES GLAUKOMS	019.365.8	UNBEGRENZT
020	HIV-INFEKTION	042	HIV-INFEKTION	020.042	UNBEGRENZT
020	HIV-INFEKTION	042 + 079.53	HIV-2-INFEKTION	020.042 + 020.079.53	UNBEGRENZT
020	HIV-INFEKTION	V08	ASYMPTOMATISCHE HIV INFEKTION	020.V08	UNBEGRENZT
021	HERZINSUFFIZIENZ (N.Y.H.A. Klasse III und IV)	428	HERZINSUFFIZIENZ	021.428	UNBEGRENZT
022	CHRONISCHE NEBENNIERENRINDEN-UNTERFUNKTION (ADDISON' KRANKHEIT)	255.4	CHRONISCHE NEBENNIERENRINDEN-UNTERFUNKTION (ADDISON' KRANKHEIT)	022.255.4	UNBEGRENZT
023	CHRONISCHES NIERENVERSAGEN	585	CHRONISCHES NIERENVERSAGEN	023.585	UNBEGRENZT
024	CHRONISCHE LUNGENINSUFFIZIENZ	518.83	CHRONISCHE LUNGENINSUFFIZIENZ	024.518.83	UNBEGRENZT
025	HETEROZYGOTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE TYP IIa UND IIb - PRIMÄRE POLIGENE HYPERCHOLESTERINÄMIE - KOMBINIERTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE - HYPERLIPOPROTEINÄMIE TYP III	272.0	REINE HYPERCHOLESTERINÄMIE	025.272.0	UNBEGRENZT
025	HETEROZYGOTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE TYP IIa UND IIb - PRIMÄRE POLIGENE HYPERCHOLESTERINÄMIE - KOMBINIERTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE - HYPERLIPOPROTEINÄMIE TYP III	272.2	KOMBINIERTE HYPERLIPIDÄMIEN	025.272.2	UNBEGRENZT
025	HETEROZYGOTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE TYP IIa UND IIb - PRIMÄRE POLIGENE HYPERCHOLESTERINÄMIE - KOMBINIERTE FAMILIÄRE HYPERCHOLESTERINÄMIE - HYPERLIPOPROTEINÄMIE TYP III	272.4	SONSTIGE UND N.N.BEZ. HYPERLIPIDÄMIE	025.272.4	UNBEGRENZT
026	HYPERPARATHYREOIDISMUS, HYPOPARATHYREOIDISMUS	252.0	HYPERPARATHYREOIDISMUS	026.252.0	UNBEGRENZT
026	HYPERPARATHYREOIDISMUS, HYPOPARATHYREOIDISMUS	252.1	HYPOPARATHYREOIDISMUS	026.252.1	UNBEGRENZT
027	KONGENITALE HYPOTHYREOSE, SCHWERE ERWORBENE HYPOTHYREOSE (TSH-Werte > 10 mU/L)	243	KONGENITALE HYPOTHYREOSE	027.243	UNBEGRENZT
027	KONGENITALE HYPOTHYREOSE, SCHWERE ERWORBENE HYPOTHYREOSE (TSH-Werte > 10 mU/L)	244	ERWORBENE HYPOTHYREOSE	027.244	UNBEGRENZT
028	LUPUS ERYTHEMATODES DISSEMINATUS	710.0	LUPUS ERYTHEMATODES DISSEMINATUS	028.710.0	UNBEGRENZT
029	ALZHEIMER KRANKHEIT	331.0	ALZHEIMER KRANKHEIT	029.331.0	UNBEGRENZT
030	MORBUS SJÖGREN	710.2	MORBUS SJÖGREN	030.710.2	UNBEGRENZT
0A31	ARTERIELLE HYPERTONIE (OHNE ORGANSCHADEN)	401	ESSENTIELLE HYPERTONIE	0A31.401	UNBEGRENZT
0031	ARTERIELLE HYPERTONIE MIT ORGANSCHADEN	402	HYPERTENSIVE HERZKRANKHEIT	0031.402	UNBEGRENZT
0031	ARTERIELLE HYPERTONIE MIT ORGANSCHADEN	403	RENALE HYPERTONIE	0031.403	UNBEGRENZT
0031	ARTERIELLE HYPERTONIE MIT ORGANSCHADEN	404	HYPERTONIE MIT HERZ- NIERENKRANKHEIT	0031.404	UNBEGRENZT
0031	ARTERIELLE HYPERTONIE MIT ORGANSCHADEN	405.0	MALIGN SEKUNDÄRE HYPERTONIE	0031.405.0	UNBEGRENZT
0031	ARTERIELLE HYPERTONIE MIT ORGANSCHADEN	362.11	HYPERTENSIVE RETINOPATHIE	0031.362.11	UNBEGRENZT
032	CUSHING' KRANKHEIT ODER SYNDROM	255.0	CUSHING' SYNDROM	032.255.0	UNBEGRENZT
035	MORBUS BASEDOW, ANDERE FORMEN VON HYPERTHYREOIDISMUS	242.0	TOXISCHE DIFFUSE STRUMA	035.242.0	UNBEGRENZT
035	MORBUS BASEDOW, ANDERE FORMEN VON HYPERTHYREOIDISMUS	242.1	TOXISCHE UNINODULÄRE STRUMA	035.242.1	2 JAHRE
035	MORBUS BASEDOW, ANDERE FORMEN VON HYPERTHYREOIDISMUS	242.2	TOXISCHE MULTINODULÄRE STRUMA	035.242.2	UNBEGRENZT
035	MORBUS BASEDOW, ANDERE FORMEN VON HYPERTHYREOIDISMUS	242.3	N.N.BEZ. TOXISCHE KNOTENSTRUMA	035.242.3	2 JAHRE
036	BUERGER' KRANKHEIT	443.1	THROMBANGIITIS OBLITERANS (BUERGER' KRANKHEIT)	036.443.1	UNBEGRENZT
037	PAGET' KRANKHEIT	731.0	OSTITIS DEFORMANS OHNE ANGABE EINES KNOCHENTUMORS (PAGET KNOCHENKRANKHEIT)	037.731.0	UNBEGRENZT
038	MORBUS PARKINSON UND SONSTIGE EXTRAPYRAMIDALE AFFEKTIONEN	332	MORBUS PARKINSON	038.332	UNBEGRENZT
038	MORBUS PARKINSON UND SONSTIGE EXTRAPYRAMIDALE AFFEKTIONEN	333.0	SONSTIGE DEGENERATIVE KRANKHEITEN DER BASALGANLIEN	038.333.0	UNBEGRENZT
038	MORBUS PARKINSON UND SONSTIGE EXTRAPYRAMIDALE AFFEKTIONEN	333.1	ESSENTIELLER TREMOR UND SONSTIGE NÄHER BEZ. TREMORFORMEN	038.333.1	UNBEGRENZT
038	MORBUS PARKINSON UND SONSTIGE EXTRAPYRAMIDALE AFFEKTIONEN	333.5	SONSTIGE FORMEN DER CHOREA	038.333.5	UNBEGRENZT
039	HYPOPHYSÄRER ZWERG WUCHS	253.3	HYPOPHYSÄRER ZWERG WUCHS	039.253.3	UNBEGRENZT
040	FRÜHGEBORENE, UNREIFE NEUGEBORENE, NEUGEBORENE IN INTENSIVTHERAPIE NACH DER GEBURT			040	3 JAHRE
041	NEUROMYELITIS OPTICA	341.0	NEUROMYELITIS OPTICA	041.341.0	UNBEGRENZT
042	CHRONISCHE PANKREATITIS	577.1	CHRONISCHE PANKREATITIS	042.577.1	UNBEGRENZT

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 2 „Befreite chronische und invaliditätsverursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“

044	PSYCHOSE	295.0	SCHIZOPHRENIA SIMPLEX	044.295.0	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.1	HEBEPHRENE FORM DER SCHIZOPHRENIE	044.295.1	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.2	KATATONE FORM DER SCHIZOPHRENIE	044.295.2	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.3	PARANOIDE FORM DER SCHIZOPHRENIE	044.295.3	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.5	LATENTE SCHIZOPHRENIE	044.295.5	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.6	SCHIZOPHRENE RESTZUSTÄNDE	044.295.6	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.7	SCHIZO-AFFEKTIVE PSYCHOSE	044.295.7	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	295.8	ANDERE UMSCHRIEBENE SCHIZOPHRENIEFORMEN	044.295.8	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.0	MANIE, EINZELFALL	044.296.0	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.1	MANIE, REZIDIVIERENDE EPISODE	044.296.1	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.2	SCHWERE DEPRESSIVE EPISODE	044.296.2	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.3	GROSSE DEPRESSION, REZIDIVIERENDE EPISODE	044.296.3	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.4	MANISCHE PHASE IM RAHMEN EINER BIPOLAREN PSYCHOSE	044.296.4	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.5	DEPRESSIVE PHASE IM RAHMEN EINER BIPOLAREN PSYCHOSE	044.296.5	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.6	MISCHZUSTAND IM RAHMEN EINER BIPOLAREN PSYCHOSE	044.296.6	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.7	AFFEKTIVE PSYCHOSEN, SONSTIGE UND N.N.BEZ. AFFEKTIVE PSYCHOSEN	044.296.7	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	296.8	SONSTIGE UND N.N.BEZ. MANISCH DEPRESSIVE PSYCHOSE	044.296.8	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	297.0	EINFACHE PARANOIDE PSYCHOSE	044.297.0	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	297.1	PARANOIA	044.297.1	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	297.2	PARAPHRENIE	044.297.2	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	297.3	INDUZIERT PSYCHOSE	044.297.3	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	297.8	ANDERE PARANOIDE SYNDROME	044.297.8	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	298.0	REAKTIVE DEPRESSIVE PSYCHOSE	044.298.0	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	298.1	REAKTIVER ERREGUNGSZUSTAND	044.298.1	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	298.2	REAKTIVER VERWIRRTHEITZUSTAND	044.298.2	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	298.4	PSYCHOSE MIT PARANOIDER SYMPTOMATIK	044.298.4	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	298.8	SONSTIGE UND N.N.BEZ. REAKTIVE PSYCHOSEN	044.298.8	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	299.0	AUTISTISCHE STÖRUNG	044.299.0	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	299.1	DESINTEGRATIVE PSYCHOSE	044.299.1	UNBEGRENZT
044	PSYCHOSE	299.8	ANDERE PSYCHOSEN DES KINDESALTERS	044.299.8	UNBEGRENZT
045	PSORIASIS (ARTHROPATHICA, PUSTOLOSA GRAVIS, ERYTHRODERMICA)	696.0	PSORIASIS ARTHROPATHICA	045.696.0	UNBEGRENZT
045	PSORIASIS (ARTHROPATHICA, PUSTOLOSA GRAVIS, ERYTHRODERMICA)	696.1	SONSTIGE FORMEN DER PSORIASIS	045.696.1	UNBEGRENZT
046	MULTIPLE SKLEROSE	340	MULTIPLE SKLEROSE	046.340	UNBEGRENZT
048	PERSONEN, DIE AN BÖSARTIGEN NEOPLASTISCHEN KRANKHEITEN UND AN TUMOREN UNKLARER DIGNITÄT LEIDEN			048	5 JAHRE, 10 JAHRE ODER UNBEGRENZT gemäß Rundschreiben Nr. 13 vom 13. Dezember 2001 (GU Nr. 44 vom 21/02/2002)
049	PERSONEN, DIE AN MEHREREN KRANKHEITSBILDERN LEIDEN, FÜR WELCHE SIE EINE SCHWERE UND UNHEILBARE BEEINTRÄGTIGUNG MEHRERER ORGANE UND/ODER APPARATE SOWIE EINE EINSCHRÄNKUNG IHRER SELBSTÄNDIGKEIT DAVON GETRAGEN HABEN (AUFGRUND EINER KONVALIDIERTEN BEWERTUNGSSKALA DER FUNKTIONSKAPAZITÄTEN)			049	UNBEGRENZT
050	PERSONEN IN ERWARTUNG EINES TRANSPLANTATES (NIERE, HERZ, LUNGE, LEBER, PANKREAS, KORNEA, RÜCKENMARK)			050	Bis zur Durchführung der Transplantation
051	PERSONEN MIT SCHWEREN KÖRPERLICHEN, SENSORISCHEN UND NEUROPSYCHISCHEN BEHINDERUNGEN VON GEBURT AN			051	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.0	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTE NIERE	052.V42.0	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.1	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTES HERZ	052.V42.1	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.6	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTE LUNGE	052.V42.6	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.7	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTE LEBER	052.V42.7	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.8	SONSTIGER NÄHER BEZEICHNETER DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTER ORGAN- ODER GEWEBESERSATZ: PANKREAS	052.V42.8	UNBEGRENZT
052	PERSON MIT TRANSPLANTAT (NIERE, HERZ, LUNGE, DARM, LEBER, PANKREAS, RÜCKENMARK)	V42.9	N.N.BEZ. DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTER ORGAN- ODER GEWEBESERSATZ	052.V42.9	UNBEGRENZT
053	PERSON MIT KORNEA-TRANSPLANTAT	V42.5	DURCH TRANSPLANTAT ERSETZTE KORNEA	053.V42.5	UNBEGRENZT
054	SPONDYLITIS ANKYLOPOETICA	720.0	SPONDYLITIS ANKYLOSANS	054.720.0	UNBEGRENZT
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	011	LUNGENTUBERKULOSE	055.011	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	012	TUBERKULOSE SONSTIGER ATMUNGSORGANE	055.012	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	013	TUBERKULOSE DER MENINGEN UND DES ZENTRALNERVENSYSTEMS	055.013	2 JAHRE

Anlage B „Verzeichnis der chronischen und invaliditätsverursachenden Krankheiten, die zu einer Ticketbefreiung berechtigen, sowie die entsprechenden mit Befreiung verschreibbaren Leistungen“

Tabelle 2 „Befreite chronische und invaliditätsverursachende Krankheiten und Gültigkeit der Befreiung“

055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	014	TUBERKULOSE DES DARMES, DES BAUCHFELLS UND DER MESENTERIALDRÜSEN	055.014	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	015	TUBERKULOSE DER KNOCHEN UND GELENKE	055.015	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	016	TUBERKULOSE DER HARN- UND GESCHLECHTSORGANE	055.016	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	017	TUBERKULOSE SONSTIGER ORGANE	055.017	2 JAHRE
055	(AKTIVE BAZILLEN-) TUBERKULOSE	018	MILIARTUBERKULOSE	055.018	2 JAHRE
056	HASHIMOTO-THYREOIDITIS	245.2	CHRONISCHE LYMPHOZYTÄRE THYREOIDITIS	056.245.2	18 MONATE
057	CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD) IN DEN STADIEN „MITTEL“, „SCHWER“, „SEHR SCHWER“			057	UNBEGRENZT
058	ORGANSPENDER			058	UNBEGRENZT
059	ZÖLIAKIE	579.0	ZÖLIAKIE	059.579.0	UNBEGRENZT
059	ZÖLIAKIE	694.0	DERMATITIS HERPETIFORMIS	059.694.0	UNBEGRENZT
060	CHRONISCHE OSTEOMYELITIS	730.1	CHRONISCHE OSTEOMYELITIS	060.730.1	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	581.1	NEPHROTISCHES SYNDROM MIT MEMBRANÖSER GLOMERULONEPHRITIS	061.581.1	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	581.2	NEPHROTISCHES SYNDROM MIT MEMBRANO-PROLIFERATIVER GLOMERULONEPHRITIS	061.581.2	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	582.1	CHRONISCHE GLOMERULONEPHRITIS MIT MEMBRANÖSER GLOMERULONEPHRITIS (INBEGRIFFEN DIE FOKALE GLOMERULOSKLEROSE)	061.582.1	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	582.2	CHRONISCHE GLOMERULONEPHRITIS MIT MEMBRANO-PROLIFERATIVER GLOMERULONEPHRITIS	061.582.2	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	582.4	CHRONISCHE GLOMERULONEPHRITIS MIT MASCH PROGREDIENTER GLOMERULONEPHRITIS	061.582.4	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	587	GLOMERULONEPHRITISCHE SCHRUMPFNIERE	061.587	UNBEGRENZT
061	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	590.0	CHRONISCHE PYELONEPHRITIS	061.590.0	UNBEGRENZT
062	CHRONISCHE NIERENERKRANKUNGEN (mit Kreatinin-Clearance-Werten immer unter 85 ml/m)	753.13	AUTOSOMAL-DOMINANTE POLYZYSTISCHE NIERE	062.753.13	UNBEGRENZT
063	ENDOMETRIOSE „MITTEL“ UND „SCHWER“ (III. und IV. Stadium ASRM)	617	ENDOMETRIOSE	063.617	UNBEGRENZT
064	THALIDOMID-SYNDROM (mit den Formen: Amelie, Hemimelie, Phokomelie, Dysmelie)	755.4	AMELIE, HEMMELIE, PHOKOMELIE	064.755.4	UNBEGRENZT
064	THALIDOMID-SYNDROM (mit den Formen: Amelie, Hemimelie, Phokomelie, Dysmelie)	742.59	MIKROMELIE	064.742.59	UNBEGRENZT
065	DOWN-SYNDROM	758.0	DOWN-SYNDROM	065.758.0	UNBEGRENZT
066	KLINEFELTER-SYNDROM	758.7	KLINEFELTER-SYNDROM	066.758.7	UNBEGRENZT
067	UNDIFFERENZIERTE KOLLAGENOSEN	710.9	N.N.BEZ. DIFFUSE KRANKHEITEN DES BINDGEWEBES	067.710.9	UNBEGRENZT
BZ1	SEKUNDÄRES LYMPHÖDEM	457.1	ANDERE LYMPHÖDEME	BZ1.457.1 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	1 JAHR
BZ2	FIBROMYALGIE	729.1	MYALGIE UND MYOSITIS, NICHT NÄHER BEZEICHNET	BZ2.729.1 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	UNBEGRENZT
BZ3	KYPHOSE UND STRUKTURELLE SKOLIOSE IM KINDES- UND JUGENDALTER	737.3	KYPHOSKOLIOSE UND SKOLIOSE	BZ3.737.3 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	BIS ZUR VOLLENDUNG DES 18. LEBENSJAHRES (<18 Jahre)
BZ4	HIDRADENITIS SUPPURATIVA	705.83	HIDRADENITIS	BZ4.705.83 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	5 JAHRE
D99	DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER FRÜHERKENNUNG VON KREBSERKRANKUNGEN BEI PERSONEN, DIE TRÄGER EINER MUTATION DER GENE BRCA1 UND BRCA2 SIND			D99 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	UNBEGRENZT

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

CODICE ESEZIONE (Prime cifre)	MALATTIA O CONDIZIONE	CODICI ICD-9-CM	DEFINIZIONE DI MALATTIA	CODICE ESEZIONE	PERIODO MINIMO DI VALIDITÀ DELL'ESEZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	253.0	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	001.253.0	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	394	MALATTIE DELLA VALVOLA MITRALE	0A02.394	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	395	MALATTIE DELLA VALVOLA AORTICA	0A02.395	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	396	MALATTIE DELLE VALVOLE MITRALE E AORTICA	0A02.396	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	397	MALATTIE DI ALTRE STRUTTURE ENDOCARDICHE	0A02.397	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	414	ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	0A02.414	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	416	MALATTIA CARDIOPOLMONARE CRONICA	0A02.416	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	417	ALTRE MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE	0A02.417	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	424	ALTRE MALATTIE DELL'ENDOCARDIO	0A02.424	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	426	DISTURBI DELLA CONDUZIONE	0A02.426	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	427	ARITMIE CARDIACHE	0A02.427	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	429.4	DISTURBI FUNZIONALI SUCCESSIVI A CHIRURGIA CARDIACA	0A02.429.4	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	745	ANOMALIE DEL BULBO CARDIACO E DEL SETTO CARDIACO	0A02.745	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	746	ALTRE MALFORMAZIONI DEL CUORE	A02.746	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	V42.2	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	A02.V42.2	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	V43.3	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA CON ALTRI MEZZI	A02.V43.3	ILLIMITATA
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	V45.0	DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	A02.V45.0	ILLIMITATA
0B02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CEREBROVASCOLARI	433	OCCLUSIONE E STENOSI DELLE ARTERIE PRECEREBRALI	0B02.433	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0B02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CEREBROVASCOLARI	434	OCCLUSIONE DELLE ARTERIE CEREBRALI	0B02.434	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0B02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE CEREBROVASCOLARI	437	ALTRE E MAL DEFINITE VASCULOPATIE CEREBRALI	0B02.437	ILLIMITATA
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	440	ATEROSCLEROSI	0C02.440	ILLIMITATA
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	441.2	ANEURISMA TORACICO SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.2	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	441.4	ANEURISMA ADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.4	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	441.7	ANEURISMA TORACOADDOMINALE SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.7	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	441.9	ANEURISMA DELL'AORTA SEDE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI ROTTURA	0C02.441.9	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	442	ALTRI ANEURISMI	0C02.442	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	444	EMBOLIA E TROMBOSI ARTERIOSE	0C02.444	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	447.0	FISTOLA ARTEROVENOSA ACQUISITA	0C02.447.0	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	447.1	STENOSI DI ARTERIA	0C02.447.1	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	447.6	ARTERITE NON SPECIFICATA	0C02.447.6	ILLIMITATA
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	452	TROMBOSI DELLA VENA PORTA	0C02.452	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	453	EMBOLIA E TROMBOSI DI ALTRE VENE	0C02.453	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	459.1	SINDROME POSTFLEBITICA	0C02.459.1	ILLIMITATA
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	557.1	INSUFFICIENZA VASCOLARE CRONICA DELL'INTESTINO	0C02.557.1	ILLIMITATA
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	747	ALTRE ANOMALIE CONGENITE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	0C02.747	ILLIMITATA OVVERO FINO A 3 MESI DALL'EVENTUALE INTERVENTO (chirurgia, radiologia interventistica, ecc.)
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: .453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI) - MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI	V43.4	VASO SANGUIGNO SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI	0C02.V43.4	ILLIMITATA
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE	283.0	ANEMIE EMOLITICHE AUTOIMMUNI	003.283.0	ILLIMITATA
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	307.1	ANORESSIA NERVOSA	005.307.1	2 ANNI
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	307.51	BULIMIA	005.307.51	2 ANNI
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.0	ARTRITE REUMATOIDE	006.714.0	ILLIMITATA
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.1	SINDROME DI FELTY	006.714.1	ILLIMITATA
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.2	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO	006.714.2	ILLIMITATA
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.30	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	006.714.30	ILLIMITATA
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.32	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE	006.714.32	ILLIMITATA
006	ARTRITE REUMATOIDE	714.33	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE MONOARTICOLARE	006.714.33	ILLIMITATA
007	ASMA	493	ASMA	007.493	5 ANNI
007	ASMA	493.2	ASMA CRONICO OSTRUTTIVO	007.493.2	ILLIMITATA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	571.2	CIRROSI EPATICA ALCOOLICA	008.571.2	ILLIMITATA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	571.5	CIRROSI EPATICA SENZA MENZIONE DI ALCOOL	008.571.5	ILLIMITATA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	571.6	CIRROSI BILIARE	008.571.6	ILLIMITATA
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	555	ENTERITE REGIONALE	009.555	ILLIMITATA
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	556	COLITE ULCEROSA	009.556	ILLIMITATA
011	DEMENZE	290.0	DEMENZA SENILE, NON COMPLICATA	011.290.0	ILLIMITATA
011	DEMENZE	290.1	DEMENZA PRESENILE	011.290.1	ILLIMITATA
011	DEMENZE	290.2	DEMENZA SENILE, CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI	011.290.2	ILLIMITATA
011	DEMENZE	290.4	DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA	011.290.4	ILLIMITATA
011	DEMENZE	291.1	SINDROME AMNESICA DA ALCOOL	011.291.1	ILLIMITATA
011	DEMENZE	294.0	SINDROME AMNESICA (NON ALCOOLICA)	011.294.0	ILLIMITATA
012	DIABETE INSIPIDO	253.5	DIABETE INSIPIDO	012.253.5	ILLIMITATA
013	DIABETE MELLITO	250	DIABETE MELLITO	013.250	ILLIMITATA

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

013T	DIABETE TEMPORANEO	013T	DIABETE TEMPORANEO	013T (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	6 MESI
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL	303	SINDROME DA DIPENDENZA DA ALCOOL	014.303	La validità dell'attestato di esenzione è in funzione della durata del trattamento di disassuefazione e del periodo in Comunità di recupero
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL	304	DIPENDENZA DA DROGHE	014.304	La validità dell'attestato di esenzione è in funzione della durata del trattamento di disassuefazione e del periodo in Comunità di recupero
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	571.4	EPATITE CRONICA	016.571.4	5 ANNI
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	070.32	EPATITE VIRALE B CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, SENZA MENZIONE DI EPATITE DELTA	016.070.32	5 ANNI
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	070.33	EPATITE VIRALE B CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO, CON EPATITE DELTA	016.070.33	5 ANNI
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	070.54	EPATITE C CRONICA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO	016.070.54	5 ANNI
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	070.9	EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA SENZA MENZIONE DI COMA EPATICO	016.070.9	5 ANNI
017	EPILESSIA (ESCLUSO: SINDROME DI LENNOX-GASTAULT)	345	EPILESSIA	017.345	ILLIMITATA
018	FIBROSI CISTICA	277.0	FIBROSI CISTICA	018.277.0	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.1	GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	019.365.1	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.3	GLAUCOMA DA CORTICOSTEROIDI	019.365.3	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.4	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ANOMALIE CONGENITE, DISTROFIE E SINDROMI SISTEMICHE	019.365.4	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.5	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTERAZIONI DEL CRISTALLINO	019.365.5	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.6	GLAUCOMA ASSOCIATO AD ALTRI AFFEZIONI OCULARI	019.365.6	ILLIMITATA
019	GLAUCOMA	365.8	ALTRE FORME SPECIFICATE DI GLAUCOMA	019.365.8	ILLIMITATA
020	INFEZIONE DA HIV	042	INFEZIONE DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICENZA UMANA (HIV)	020.042	ILLIMITATA
020	INFEZIONE DA HIV	042 + 079.53	VIRUS DELL'IMMUNODEFICENZA UMANA, TIPO 2 (HIV-2)	020.042 + 020.079.53	ILLIMITATA
020	INFEZIONE DA HIV	V08	STATO INFETTIVO ASINTOMATICO DA VIRUS DA IMMUNODEFICENZA UMANA (HIV)	020.V08	ILLIMITATA
021	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)	428	INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)	021.428	ILLIMITATA
022	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	255.4	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	022.255.4	ILLIMITATA
023	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	585	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	023.585	ILLIMITATA
024	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	518.83	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (CRONICA)	024.518.83	ILLIMITATA
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III	272.0	IPERCOLESTEROLEMIA PURA	025.272.0	ILLIMITATA
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III	272.2	IPERLIPIDEMIA MISTA	025.272.2	ILLIMITATA
025	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III	272.4	ALTRE E NON SPECIFICATE IPERLIPIDEMIE	025.272.4	ILLIMITATA
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO	252.0	IPERPARATIROIDISMO	026.252.0	ILLIMITATA
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO	252.1	IPOPARATIROIDISMO	026.252.1	ILLIMITATA
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)	243	IPOTIROIDISMO CONGENITO	027.243	ILLIMITATA
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)	244	IPOTIROIDISMO ACQUISITO	027.244	ILLIMITATA
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	710.0	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	028.710.0	ILLIMITATA
029	MALATTIA DI ALZHEIMER	331.0	MALATTIA DI ALZHEIMER	029.331.0	ILLIMITATA
030	MALATTIA DI SJÖGREN	710.2	MALATTIA DI SJOGREN	030.710.2	ILLIMITATA
0A31	IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)	401	IPERTENSIONE ESSENZIALE	0A31.401	ILLIMITATA
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	402	CARDIOPATIA IPERTENSIVA	0031.402	ILLIMITATA
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	403	NEFROPATIA IPERTENSIVA	0031.403	ILLIMITATA
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	404	CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA	0031.404	ILLIMITATA
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	405.0	IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA	0031.405.0	ILLIMITATA
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	362.11	RETINOPATIA IPERTENSIVA	0031.362.11	ILLIMITATA
032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	255.0	SINDROME DI CUSHING	032.255.0	ILLIMITATA

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	242.0	GOZZO TOSSICO DIFFUSO	035.242.0	ILLIMITATA
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	242.1	GOZZO TOSSICO UNINODULARE	035.242.1	2 ANNI
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	242.2	GOZZO MULTINODULARE TOSSICO	035.242.2	ILLIMITATA
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	242.3	GOZZO NODULARE TOSSICO NON SPECIFICATO	035.242.3	2 ANNI
036	MORBO DI BUERGER	443.1	TROMBOANGIOITE OBLITERANTE (MORBO DI BUERGER)	036.443.1	ILLIMITATA
037	MORBO DI PAGET	731.0	OSTEITE DEFORMANTE SENZA MENZIONE DI TUMORE DELLE OSSA (MALATTIA DELLE OSSA DI PAGET)	037.731.0	ILLIMITATA
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	332	MORBO DI PARKINSON	038.332	ILLIMITATA
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	333.0	ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE DEI NUCLEI DELLA BASE	038.333.0	ILLIMITATA
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	333.1	TREMORE ESSENZIALE ED ALTRE FORME SPECIFICATE DI TREMORE	038.333.1	ILLIMITATA
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	333.5	ALTRE FORME DI COREA	038.333.5	ILLIMITATA
039	NANISMO IPOFISARIO	253.3	NANISMO IPOFISARIO	039.253.3	ILLIMITATA
040	NEONATI PREMATURI E IMMaturi; NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			040	3 ANNI
041	NEUROMIELITE OTTICA	341.0	NEUROMIELITE OTTICA	041.341.0	ILLIMITATA
042	PANCREATITE CRONICA	577.1	PANCREATITE CRONICA	042.577.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.0	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO SEMPLICE	044.295.0	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.1	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO DISORGANIZZATO	044.295.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.2	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO CATATONICO	044.295.2	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.3	PSICOSI SCHIZOFRENICHE TIPO PARANOIDE	044.295.3	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.5	SCHIZOFRENIA LATENTE	044.295.5	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.6	SCHIZOFRENIA RESIDUALE	044.295.6	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.7	PSICOSI SCHIZOFRENICA TIPO SCHIZOAFFETTIVO	044.295.7	ILLIMITATA
044	PSICOSI	295.8	ALTRI TIPI SPECIFICATI DI SCHIZOFRENIA	044.295.8	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.0	MANIA, EPISODIO SINGOLO	044.296.0	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.1	MANIA, EPISODIO RICORRENTE	044.296.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.2	DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO	044.296.2	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.3	DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE	044.296.3	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.4	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MANIACALE	044.296.4	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.5	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO DEPRESSIVO	044.296.5	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.6	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, EPISODIO MISTO	044.296.6	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.7	SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE, NON SPECIFICATA	044.296.7	ILLIMITATA
044	PSICOSI	296.8	PSICOSI MANIACO DEPRESSIVA, ALTRA E NON SPECIFICATA	044.296.8	ILLIMITATA
044	PSICOSI	297.0	STATO PARANOIDE SEMPLICE	044.297.0	ILLIMITATA
044	PSICOSI	297.1	PARANOIA	044.297.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	297.2	PARAFRENIA	044.297.2	ILLIMITATA
044	PSICOSI	297.3	SINDROME PARANOIDE A DUE	044.297.3	ILLIMITATA
044	PSICOSI	297.8	ALTRI STATI PARANOIDI SPECIFICATI	044.297.8	ILLIMITATA
044	PSICOSI	298.0	PSICOSI DI TIPO DEPRESSIVO	044.298.0	ILLIMITATA
044	PSICOSI	298.1	PSICOSI, TIPO AGITATO	044.298.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	298.2	CONFUSIONE REATTIVA	044.298.2	ILLIMITATA
044	PSICOSI	298.4	PSICOSI PARANOIDE PSICOGENA	044.298.4	ILLIMITATA
044	PSICOSI	298.8	ALTRE E NON SPECIFICATE PSICOSI REATTIVE	044.298.8	ILLIMITATA
044	PSICOSI	299.0	DISTURBO AUTISTICO	044.299.0	ILLIMITATA
044	PSICOSI	299.1	PSICOSI DISINTEGRATIVA	044.299.1	ILLIMITATA
044	PSICOSI	299.8	ALTRE PSICOSI SPECIFICHE DELLA PRIMA INFANZIA	044.299.8	ILLIMITATA
045	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)	696.0	ARTROPATIA PSORIASICA	045.696.0	ILLIMITATA
045	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)	696.1	ALTRE PSORIASI	045.696.1	ILLIMITATA
046	SCLEROSI MULTIPLA	340	SCLEROSI MULTIPLA	046.340	ILLIMITATA
048	SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO			048	5 ANNI, 10 ANNI O ILLIMITATA secondo quanto previsto dalla circolare n. 13 del 13 dicembre 2001 (GU n.44 del 21/02/2002)
049	SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE			049	ILLIMITATA

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

050	SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)			050	Fino alla esecuzione del trapianto
051	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI			051	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.0	RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.0	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.1	CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.1	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.6	POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.6	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.7	FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.7	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.8	ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO: PANCREAS	052.V42.8	ILLIMITATA
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	V42.9	ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	052.V42.9	ILLIMITATA
053	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA	V42.5	CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	053.V42.5	ILLIMITATA
054	SPONDILITE ANCHILOSANTE	720.0	SPONDILITE ANCHILOSANTE	054.720.0	ILLIMITATA
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	010	INFEZIONE TUBERCOLARE PRIMARIA	055.010	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	011	TUBERCOLOSI POLMONARE	055.011	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	012	ALTRE FORME DI TUBERCOLOSI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	055.012	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	013	TUBERCOLOSI DELLE MENINGI E DEL SNC	055.013	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	014	TUBERCOLOSI DELL'INTESTINO, DEL PERITONEO E DELLE GHIANDOLE MESENTERICHE	055.014	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	015	TUBERCOLOSI DELLE OSSA E DELLE ARTICOLAZIONI	055.015	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	016	TUBERCOLOSI DELL'APPARATO GENITOURINARIO	055.016	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	017	TUBERCOLOSI DEGLI ALTRI ORGANI	055.017	2 ANNI
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	018	TUBERCOLOSI MILIARE	055.018	2 ANNI
056	TIROIDITE DI HASHIMOTO	245.2	TIROIDITE LINFOCITARIA CRONICA - TIROIDITE DI HASHIMOTO	056.245.2	18 MESI
057	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"			057	ILLIMITATA
058	DONATORI D'ORGANO			058	ILLIMITATA
059	MALATTIA CELIACA	579.0	MALATTIA CELIACA	059.579.0	ILLIMITATA
059	MALATTIA CELIACA	694.0	DERMATITE ERPETIFORME	059.694.0	ILLIMITATA
060	OSTEOMIELITE CRONICA	730.1	OSTEOMIELITE CRONICA	060.730.1	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	581.1	SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA	061.581.1	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	581.2	SINDROME NEFROSICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA	061.581.2	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	582.1	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA (COMPRESA LA GLOMERULOSCLEROSI FOCALE)	061.582.1	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	582.2	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE MEMBRANOPROLIFERATIVA	061.582.2	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	582.4	GLOMERULONEFRITE CRONICA CON LESIONI DI GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA	061.582.4	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	587	RENE GRINZO GLOMERULONEFRITICO	061.587	ILLIMITATA
061	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)	590.0	PIELONEFRITE CRONICA	061.590.0	ILLIMITATA
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE	753.13	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE	062.753.13	ILLIMITATA
063	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III - IV stadio ASRM)	617	ENDOMETRIOSI	063.617	ILLIMITATA
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)	755.4	AMELIA, EMIMELIA, FOCOMELIA,	064.755.4	ILLIMITATA
064	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)	742.59	MICROMELIA	064.742.59	ILLIMITATA
065	SINDROME DI DOWN	758.0	SINDROME DI DOWN	065.758.0	ILLIMITATA
066	SINDROME DI KLINEFELTER	758.7	SINDROME DI KLINEFELTER	066.758.7	ILLIMITATA
067	CONNETTIVITI INDIFFERENZiate	710.9	MALATTIE DIFFUSE DEL CONNETTIVO NON SPECIFICATE	067.710.9	ILLIMITATA
BZ1	LINFEDEMA SECONDARIO	457.1	ALTRI LINFOEDEMI	BZ1.457.1 (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	1 ANNO

Allegato B "Elenco delle malattie e delle condizioni croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo e relative prestazioni prescrivibili in esenzione"

Tabella 2 "Malattie e condizioni croniche ed invalidanti esenti e validità dell'esenzione"

BZ2	FIBROMIALGIA	729.1	MIALGIA E MIOSITE NON SPECIFICATE	BZ2.729.1 (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	ILLIMITATA
BZ3	CIFOSI E SCOLIOSI STRUTTURALE IN ETÀ EVOLUTIVA	737.3	CIFOSCOLIOSI E SCOLIOSI	BZ3.737.3 (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	FINO AL COMPIMENTO DEL 18° ANNO DI ETÀ (<18 anni)
BZ4	IDROSADENITE SUPPURATIVA	705.83	IDROSADENITE	BZ4.705.83 (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	5 ANNI
D99	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE CORRELATE ALLA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI IN PERSONE PORTATRICI DI MUTAZIONE DEI GENI <i>BRCA1</i> E <i>BRCA2</i>			D99 (VALIDO SOLO IN PROVINCIA DI BOLZANO)	ILLIMITATA

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 über die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento
 Der Abteilungsdirektor / Il Direttore di ripartizione
 Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

BURGER GUENTHER
 ORTLER JOHANNES
 CAPODAGLIO SILVIA

12/12/2023 14:39:35
 12/12/2023 14:07:39
 12/12/2023 13:40:21

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 14/12/2023 16:37:57 TACCHINARDI MARTA Il Direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

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

19/12/2023

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

19/12/2023

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 128 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 128 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

19/12/2023

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