

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Siciliana
Presidenza

Dipartimento degli Affari Extraregionali

U.O. Coordinamento attività connesse alle
Commissioni della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome

Prot. n° 10321

Roma, 7 settembre 2016

All'Assessore Regionale della Salute

On.le Baldassare Gucciardi

Al Dirigente Generale del Dipartimento per la
Pianificazione Strategica

Dott. Gaetano Chiaro

Al Dirigente Generale Attività Sanitarie e Osservatorio
Epidemiologico

Dott. Ignazio Tozzo

Al Segretario Particolare Assessore Dott. Stefano
Campo

Ai Sigg. Dirigenti Referenti Tecnici

LORO SEDI

Oggetto: Report del gruppo misto della Commissione “Salute” della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del giorno 6 settembre 2016, ore 9.00, presso la sede della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza Stato-Regioni, Roma, in merito al seguente schema di provvedimento:

Intesa, ai sensi dell’articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Sono presenti alla riunione:

- per le amministrazioni centrali, i rappresentanti del Ministero dell’Economia e delle Finanze, del Ministero della salute
- i rappresentanti delle Regioni e il rappresentante della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Non è presente alcun rappresentante della Regione Siciliana.

Per il Dipartimento degli Affari extraregionali: dott.ssa Margherita Cappelletti – Coordinatrice delle attività connesse alle Commissioni della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

I lavori sono coordinati dal dott. Antonio Naddeo, capo del Dipartimento degli affari regionali (PCM), che apre la discussione in merito al punto in esame.

L’articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, al comma 2 prevede che le prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di assistenza previsti dall’articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono quelle individuate all’allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell’8 febbraio 2002), con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto. Il comma 3, del medesimo articolo prevede che le prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati nel predetto comma 2 sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L’articolo 1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante “Disposizioni per

la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” dispone che, in attuazione dell’articolo 1, comma 3 del Patto della Salute 2014 – 2016, approvato con Intesa del 10 luglio 2014, si provveda all’aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica e in misura non superiore all’importo di 800 milioni di euro annui, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

Sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei LEA e sui documenti allegati recanti “Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi medici monouso” e “Modalità di erogazione delle prestazioni di adroterapia”, le Regioni hanno presentato osservazioni e richieste di emendamenti, contenute in alcuni documenti allegati al presente report (all. 1, all. 2, all. 3, all. 4) che sono state parzialmente recepite. In particolare, il rappresentante del Ministero della salute si è riservato di verificare l’accogliibilità di:

- escludere dalla dipendenza, il gioco d’azzardo (art. 35, co. 1) e
- modificare le 11 condizioni di erogabilità delle prestazioni di adroterapia (vedasi all. 2).

Il rappresentante del Ministero della salute ha altresì annunciato che il testo verrà modificato in data odierna per eliminare alcuni refusi.

Il rappresentante del Ministero dell’economia e delle finanze ha rappresentato la necessità dell’invarianza della spesa.

Il rappresentante della Regione Lombardia ha evidenziato come l’impatto finanziario del provvedimento non parrebbe omogeneo in tutto il Paese e pertanto sarebbe opportuno verificare la possibilità di adottare alcuni “aggiustamenti”, quali ad esempio prevedere l’entrata in vigore dell’erogazione di alcune prestazioni dopo la conclusione del lavoro del Tavolo istituito per il monitoraggio e la verifica dei “LEA obsoleti”, previsto entro il mese di febbraio 2017. Quest’ultima osservazione verrà rimessa alla sede politica.

Si resta a disposizione per ogni utile chiarimento e si allega la documentazione approvata in corso di riunione.

Roma, 6 settembre 2016

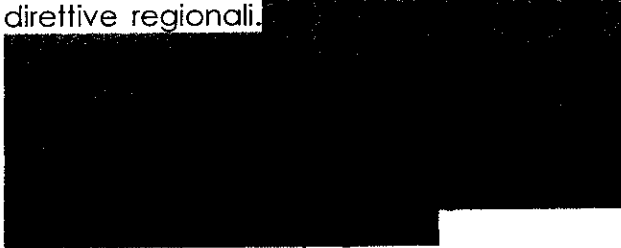
f.to

Il Dirigente

Dott.ssa Margherita Cappelletti

Proposte emendative – Gruppo Interregionale Farmaceutico

Schema di DPCM aggiornamento LEA (doc 4)

Testo attualmente proposto	Proposta di emendamenti
<p style="text-align: center;">Articolo 9</p> <p>Assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri</p> <p>1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno facoltà di garantire attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali</p> <p>2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì:</p> <p>a) qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati per i quali siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 9</p> <p>Assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri</p> <p>1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno facoltà di garantire garantiscono (*) attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali.</p> <p></p> <p>La fornitura dei medicinali è limitata ai farmaci di classe A e H. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno facoltà di garantire farmaci di fascia C o CNN ritenuti indispensabili sulla base di direttive regionali (*)</p> <p>2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce " ai sensi delle condizioni previste dall'articolo 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648 altresì:</p> <p>a) qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati per i quali siano disponibili almeno dati favorevoli di</p>

diversa da quella autorizzata, qualora per tale indicazione siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.

b) i medicinali utilizzabili per un'indicazione diversa da quella autorizzata, alle condizioni previste dall'articolo 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648.

sperimentazioni cliniche di fase seconda e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, qualora per tale indicazione siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.

~~b) i medicinali utilizzabili per un'indicazione diversa da quella autorizzata, alle condizioni previste dall'articolo 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648.~~

C) qualora esista valida alternativa terapeutica, i medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, purchè tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale secondo parametri di economicità e appropriatezza (ai sensi dell'articolo 3 delle L. 79/2014)".

Motivazione degli emendamenti:

1. Il termine "hanno facoltà di garantire", di cui al comma 1, ridimensiona il ruolo della distribuzione diretta dagli ospedali e dai distretti a favore della distribuzione convenzionata più costosa attraverso le Farmacie.
2. E' necessario limitare l'erogazione solo ai farmaci di fascia A e H; l'erogazione dei farmaci C e CNN deve rappresentare l'eccezionalità.
3. Eliminazione del punto b) comma 2 - Tutte le condizioni elencate ricadono nella Legge 648/96.
4. La condizione aggiunta (lettera c al comma 2) fa riferimento al farmaco Avastin.

Schema di DPCM aggiornamento LEA (doc 4)

Testo attualmente proposto	Proposta di emendamenti
<p align="center">Art. 38 Ricovero ordinario per acuti</p> <p>1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.</p> <p>2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto.</p>	<p align="center">Art. 38 Ricovero ordinario per acuti</p> <p>2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto "la fornitura dei medicinali è limitata ai farmaci di classe A e H rimborsati dal SSN. Sono altresì garantiti i farmaci di classe C ritenuti indispensabili sulla base di direttive regionali.</p>

Motivazione degli emendamenti:

Il DPCM 29/11/2001 (LEA) riporta: il trattamento ospedaliero include comunque la somministrazione di farmaci (anche di classe C). Si ritiene, tuttavia, di doverne limitare l'uso ai casi realmente indispensabili.

Schema di DPCM aggiornamento LEA (doc 4)

Testo attualmente proposto	Proposta di emendamenti
<p style="text-align: center;">Art. 54</p> <p>Persone affette da fibrosi cistica</p> <p>1. Ai sensi dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1993, n. 548, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione, a titolo gratuito, delle prestazioni sanitarie, incluse nei livelli essenziali di assistenza, per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica, ivi compresa la fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 54</p> <p>Persone affette da fibrosi cistica</p> <p>1. Ai sensi dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1993, n. 548, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione, a titolo gratuito, delle prestazioni sanitarie, incluse nei livelli essenziali di assistenza, per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica, ivi compresa la fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario.</p> <p><i>"La fornitura dei medicinali è limitata ai farmaci di classe A e H. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno facoltà di garantire farmaci di fascia C o CNN ritenuti indispensabili, sulla base di direttive regionali."</i></p>

Motivazione degli emendamenti:

E' necessario limitare anche per i pazienti con Fibrosi cistica l'erogazione dei soli farmaci rimborsati SSN e pertanto classificati in classe A e H, essendo l'unica malattia rara con tale garanzia di legge.

Allegato 2 al DPCM

Ausili monouso

Nell'Allegato 2 (Ausili Monouso) indicare dove non riportato la frequenza dell'erogazione (es. quantità mensile) , in quanto per molti prodotti nella colonna "quantità erogabile" NON è riportato il periodo di erogazione.

Allegato 3 al DPCM

Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare

Nella sezione "**Apparecchi per la misurazione della glicemia**" specificare che nella CND Z12040115 non rientrano i sensori FreeStyle Libre

Motivazione

I sensori FreeStyle Libre sono classificati con CND Z12040115.

Nella tabella, come nota a margine, si dovrebbe specificare che non rientrano tra gli apparecchi per la misurazione della glicemia in quanto:


- 1) non misurano la glicemia bensì il livello di glucosio nel liquido interstiziale
- 2) sono dispositivi molto più costosi rispetto alle strisce reattive e alle lancette, che vanno a sostituire.

Nel paragrafo C della Relazione tecnica non è stato valutato un aumento della spesa dell'assistenza integrativa dovuto alla rimborsabilità di questi nuovi e più costosi dispositivi.

"

Direzione centrale salute, integrazione socio
sanitaria, politiche sociali e famiglia
Prot. n. 0014198 / P
Data 02/09/2016
Class

ALL. 2

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@certregione.fvg.it - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

Direttore centrale

oggetto:

**NUOVI LEA – CONDIZIONE DI EROGABILITÀ
DELL'ADROTERAPIA**

Alla c.a.

Coordinatore Commissione Salute
Dott. Antonio Saitta

e.p.c.

Coordinatore tecnico
Dott. Fulvio Moirano

Gentile Coordinatore,

con i nuovi LEA vengono inserite le prestazioni di adroterapia (codici 92.29.U, 92.29.V e 92.29.W dell'allegato 4) per le quali sono state previste le condizioni di erogabilità di cui alla nota n. 97 dell'allegato 4D che, così come proposte, appaiono troppo estensive in quanto comprendono prestazioni che possono essere trattate con le altre tecnologie radioterapiche che comunemente costituiscono la dotazione di ogni radioterapia che, con l'evoluzione tecnologica degli ultimi anni, hanno acquisito livelli di precisione sempre maggiori.

In questa fase nella quale lo sviluppo dell'adroterapia è ancora iniziale, al fine di non creare problemi di accessibilità e di mettere in difficoltà le attuali strutture che possono erogare le prestazioni, nonché le strutture di radioterapia che hanno in carico i pazienti, si ritiene opportuno procedere con maggiore cautela mirando la condizione di erogabilità a quelle situazioni anatomiche ed anagrafiche che effettivamente si possono giovare delle caratteristiche intrinseche della tecnologia.

In particolare si chiede di modificare le 11 condizioni di erogabilità proposte, come segue:

1. Va bene
2. Va bene
3. Togliere "retroperitoneali e pelvici"
4. Togliere l'intero criterio

Comunicazione obbligatoria, nei casi previsti, ai sensi dell'articolo 14 della Legge Regionale numero 7 del 20 marzo 2000.

struttura competente: DICE

responsabile del procedimento: dott. Adriano Marcolongo – segreteria 040/377.5687.5598

Documento informatico redatto e sottoscritto digitalmente ai sensi degli artt. 20 e 21 del d.lgs. 82/2005 (codice dell'amministrazione digitale); originale disponibile presso gli uffici della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

5. Va bene
6. Va bene
7. Va bene
8. Va bene
9. Togliere l'intero criterio
10. Togliere l'intero criterio
11. Togliere l'intero criterio

Infine, quanto previsto nella proposta per il solo criterio 11 (*"Il trattamento è erogato previa autorizzazione di un Centro di Radioterapia con Elevata Tecnologia (IG-IMRT e Stereotassi) e un volume di attività superiore a 1.000 pazienti/anno, individuato dalla Regione sul proprio territorio di altra Regione."*) deve essere previsto per tutte le condizioni di erogabilità.

Confidando che venga tenuto nella dovuta considerazione quanto sinteticamente esposto, si inviano cordiali saluti,

Il Direttore centrale
Regione Marche

DOTT.SSA LUCIA DI FURIA
firmato digitalmente

Il Direttore centrale salute
Regione Friuli Venezia Giulia

DOTT. ADRIANO MARCOLONGO
firmato digitalmente

Art. 35, comma 1	Proposta emendamento
<p>1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze [...]</p>	<p><i>Proposta formulata dalla Regione Lombardia</i></p> <p>1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze [...]</p> <p><i>Secondo il parere della Regione Lombardia la dipendenza da gioco patologico di fatto rientra nelle tipologie delle dipendenze. Pertanto, la presente modifica non preclude la possibilità per le Regioni di erogare prestazioni di natura residenziale anche a favore di persone con dipendenza da gioco d'azzardo.</i></p>

Alcune ulteriori annotazioni sugli articoli che riguardano il socio-sanitario:

Capo IV
Assistenza socio-sanitaria

Nella relazione illustrativa il ministero sottolinea che "Per ciascuna area dell'assistenza socio-sanitaria il decreto riporta, senza alcuna modifica, le previsioni dell'Allegato 1C al D.P.C.M. 29 novembre 2001 (e dell'Atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001) relative alla ripartizione degli oneri tra il Servizio sanitario nazionale e il Comune/utente".

La formulazione attuale non modifica nella sostanza quanto previsto dal DPCM 2001

Ci sarà comunque in fase di applicazione e monitoraggio da affrontare il tema di una grande eterogeneità tra le varie regioni nel socio-sanitario, che già emerge con l'attuale versione dei LEA. Nel socio-sanitario non esiste ancora una omogenea lettura dei criteri di inclusione in un gruppo o in un altro tra le diverse Regioni (ad esempio i cosiddetti livelli R1, R2, R3 del sistema informativo FAR Anziani. Allo stesso modo nei servizi disabili alcune regioni hanno un'offerta elevata di prestazioni riabilitative extraospedaliere territoriali, senza oneri per il cittadino, che in Emilia-Romagna ad esempio non ci sono più perché utilizziamo codici ospedalieri o abbiamo ricondotto per appropriatezza alla lungo assistenza socio-sanitaria).

Art. 22 Cure domiciliari

Nulla da rilevare rispetto al testo precedente.

Art. 29 Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Nulla da rilevare. Non modifica l'attuale impostazione LEA

Va ricordato che da marzo è stata tolta questa lettera che avrebbe prodotto un impatto molto forte perché a totale carico FS:

b) trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico a persone con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, con garanzia di continuità assistenziale;

Art. 34 Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Nulla da rilevare rispetto al testo precedente.

Note:

Non modifica l'attuale impostazione LEA per quanto attiene le prestazioni socio-riabilitative della lettera c) 70% a carico FS centri socio-riabilitativi e 40% altre strutture

In sede di discussione abbiamo rilevato che le ore di trattamento riabilitativo (tre ore giornaliere e 1 ora giornaliera) sono piuttosto elevate. Il Ministero ha risposto che si considerano tutte le figure professionali che concorrono al progetto riabilitativo.

Art. 35 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Su questo articolo c'è la richiesta di cassare il riferimento ai soggetti affetti da GAP.

Antonio Brambilla

Marina Principe

Da: Antonio Maritati <antonio.maritati@regione.veneto.it>
 Inviato: lunedì 5 settembre 2016 17:46
 A: Marina Principe
 Oggetto: Fwd: Modifiche bozza Dpcm Lea

Ciao

Inviato da iPhone

(Inizio messaggio inoltrato)

Da: <antonio.maritati@regione.veneto.it>
 Data: 5 settembre 2016 17:01:23 CEST
 A: <commissione.salute@regione.piemonte.it>, Paola Magrassi
 <paola.magrassi@regione.piemonte.it>
 Oggetto: **Modifiche bozza Dpcm Lea**

Come anticipato nel corso della riunione di giovedì scorso, si trasmettono le osservazioni condivise dal gruppo di lavoro interregionale sulle malattie rare.
 Cordiali saluti

**In calce alla tabella ALLEGATO 'GENETICA'COLONNA''A':
 GENETICA'MEDICA riportare le seguenti due frasi**

1. “L’elenco ed il numero di geni causativi si riferisce all’elenco disponibile nella versione attualmente consultabile della banca-dati Orphanet, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, e alle sue successive releases”
2. “I test effettuati per la diagnosi di una sospetta malattia rara o per la completa definizione diagnostica di una malattia rara ex DM 279/2001 e successive modifiche ed integrazioni possono essere prescritti solo dagli specialisti operanti in un Centro di riferimento facente parte della rete nazionale malattie rare dedicato al gruppo di malattie rare comprendente quella oggetto dell’indagine genetica.
 Le Regioni e le PPAA devono definire i processi organizzativi per attuare i percorsi diagnostici delle malattie di cui all’allegato 4.

 Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 si precisa che le informazioni contenute nel messaggio e negli eventuali allegati sono riservate al/ai destinatario/i indicato/i. Nel caso di erroneo recapito, si chiede cortesemente a chi legge di dare immediata comunicazione al mittente e di cancellare il presente messaggio e gli eventuali allegati. Si invita ad astenersi dall'effettuare: inoltri, copie, distribuzioni e divulgazioni non autorizzate del presente messaggio e degli eventuali allegati.
