

LA PRESCRIZIONE- PROPOSTA IN MEDICINA GENERALE

allegati

Deliberazione della giunta regionale n. 69 del 26/01/2009 Decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali	<i>p. 2</i>
Codifica delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa (ticket)	<i>p. 3</i>
Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea	<i>p. 7</i>
Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità	<i>p. 8</i>
Assistenza termale	<i>p. 13</i>
"Note" della Agenzia Italiana del Farmaco limitative della prescrivibilità	<i>p. 15</i>
Raggruppamenti di Attesa Omogenei (R.A.O.) per accertamenti e consulenze	<i>p. 18</i>



Terni, maggio 2022

A cura di **Maurizio Verducci** - già medico di medicina generale
Docente nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Umbria Revisione

Revisione **Giacomo Giovannelli** - medico di medicina generale
Segretario dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Terni

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 69 del 26/01/2009

Nota di indirizzo alle Aziende Sanitarie Regionali sull'uso del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale e la semplificazione dei percorsi assistenziali. *Purtroppo totalmente disattesa.*

DECALOGO PER LA SEMPLIFICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

- 1) Il Medico specialista, a conclusione di una visita, qualora ritenga necessari ulteriori approfondimenti (accertamenti diagnostici, visite di approfondimento), prescrive direttamente le prestazioni sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale adempimento oltre a consentire il completamento dell'iter diagnostico evita all'assistito di doversi recare dal Medico di Famiglia (MMG o PLS) per la semplice trascrizione. Al termine del completamento diagnostico lo specialista provvede a comunicare le sue conclusioni al paziente ed al Medico di Famiglia.
- 2) Il Medico Specialista, all'atto della dimissione ospedaliera, prescrive ovvero provvede ad attivare le prenotazioni per le ulteriori indagini necessarie al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico. In caso di visite e/o accertamenti utili al primo monitoraggio del paziente dopo la dimissione prescrive direttamente le prestazioni sul ricettario SSN. Tale adempimento permette all'assistito di accedere rapidamente alla prenotazione delle prestazioni ed evita l'ulteriore ricorso al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per la semplice trascrizione.
- 3) Il Medico Specialista a conclusione di una visita ambulatoriale o all'atto della dimissione, provvede, qualora l'assistito non ne sia già in possesso e ne abbia diritto secondo le norme, a fornire la documentazione per l'esenzione ticket per patologia. Il rilascio dell'esenzione avviene a cura degli sportelli della ASL. Il cittadino potrà così recarsi dal Medico di Famiglia (MMG o PLS) con il tesserino di esenzione già rilasciato.
- 4) La struttura ospedaliera all'atto della dimissione garantisce all'assistito la fornitura di farmaci in modo da potersi recare in tempi successivi, senza disagi, dal proprio Medico di Famiglia, per la continuazione della cura.
- 5) Il Medico di Pronto Soccorso e/o lo Specialista, provvede al rilascio o alla prescrizione diretta a favore dell'assistito, sul ricettario SSN, solo dei farmaci ritenuti necessari in relazione alla situazione clinica. Per la prescrizione di farmaci, la cui somministrazione può essere differita, i pazienti devono essere invitati a rivolgersi al proprio Medico Curante.
- 6) Le strutture ospedaliere regionali, in accordo con le norme vigenti, devono fornire tutti i presidi sanitari necessari all'assistito durante la degenza. In particolare, per i farmaci da utilizzare nel corso del ricovero, non può essere richiesta alcuna prescrizione al Medico di Famiglia.
- 7) Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta sulla richiesta di prestazioni specialistiche (prime visite, indagini diagnostiche) deve riportare il quesito diagnostico. Tale indicazione favorisce gli Specialisti alla interpretazione delle indagini, migliorando l'assistenza.
- 8) L'indicazione della "urgenza" o della "urgenza breve o differibile" o delle "classi di priorità RAO" (ove previste) sulle richieste di visite e/o accertamenti sanitari, da parte dei Medici o Pediatri di Famiglia, deve tenere conto esclusivamente di valutazioni cliniche compiute dal Medico Curante che se ne assume la responsabilità. Tale indicazione non deve essere utilizzata per la soluzione di problemi di carattere amministrativo e/o organizzativo.
- 9) il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera scelta è tenuto ad allegare alle proprie richieste di ricovero ordinario (e a quelle urgenti quando possibile e/o quando richiesto), la "scheda di accesso in Ospedale" sulla quale riportare le informazioni più adeguate per facilitare l'assistenza al cittadino da parte dei Medici ospedalieri.
- 10) Tutti i Medici sono tenuti alla massima leggibilità dei referti, delle cartelle, delle lettere di dimissione e di ogni altra documentazione sanitaria utilizzando mezzi di scrittura o attenendosi ad una grafia inequivocabile. Ogni documento deve riportare: recapito della struttura, firma e timbro del Medico. Nei suggerimenti terapeutici deve essere indicato il principio attivo o la classe terapeutica e deve essere posta ogni cura nel rispetto puntuale delle indicazioni d'uso dei farmaci e delle note AIFA.

CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA - Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 17 marzo 2008 – Allegato 12

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore dovrà riportare nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia di esenzione, secondo quanto riportato nelle tabelle allegate.

Salvo alcuni casi particolari, il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre.

I casi particolari sono:

- esenzioni per patologie croniche (n. 1): il codice è costituito dallo 0 (zero) e il sub-codice, per le condizioni indicate nella nota (1) è costituito da 4 caratteri;
- esenzioni per patologie rare (n. 2): il sub-codice è costituito da 5 caratteri
- le codifiche regionali si compongono di 6 caratteri: il codice è costituito da 3 caratteri alfabetici e il sub-codice da 3 caratteri numerici.

Tabella 1 - ESENZIONI CORRELATE ALLO STATO DI SALUTE (a cura del medico prescrittore)

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	0 malattie croniche	da 01 a 67	Vedi Nota (1)
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	R Rare	da Aannn a Qannn	Vedi Nota (2)
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		99	Vedi Nota (3)
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1ª alla 5ª titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	L Lavoro	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1ª categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	S Servizio	01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2ª alla 5ª (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	

14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
19bis	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M.20.7.1989, n. 293 e succ. mod.		07	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998); vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 della l. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex. DPR 7 luglio 2006, n. 243)	V Vittime	01	
21bis	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità >80% (art. 4, legge 3.8.2004, n. 206)		02	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)- in epoca pre-concezionale;	M Maternità	00	
23	esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; <i>oppure</i> →		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) – in gravidanza ordinaria		99	Vedi Nota (4)
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio;		50	
25bis	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante		52	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico;		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		03	
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		05	
30 bis	Prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo (ex D.M. 220 ottobre 2002)		06	sostituisce il codice regionale PMU002
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte);	B Hiv	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 – seconda parte -);	P Prevenzione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro – attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – ultima parte -);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte -); profilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465		03	

36	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01	
37	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	
38	Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	PML		Vedi nota (5)
39	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (art. 35, c. 3, D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286; art. 43, comma 4, DPR 31 agosto 1999, n. 394.	X Extracomunitari	01	Vedi nota (6)
40	Terapia del dolore severo	TDL	01	Vedi nota (7)

Note

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (0NN - dove con N rappresenta un numero). Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione arteriosa"; 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo"

Nota (2)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Nota (5)

Le prestazioni medico legali erogate gratuitamente ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN di cui al codice PML (D.M. 22 febbraio 1984 ed altre normative tecniche di settore), ivi comprese le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico-legale, sono:

- visita preventiva di imbarco per i marittimi con libretto di navigazione, di nazionalità italiana, straniera o apolide;
- visita preventiva di imbarco per gli imbarcandi come personale al servizio sulla nave, che imbarcano con passaporto di nazionalità italiana o straniera su navi battenti bandiera italiana;
- visite periodiche biennali di idoneità alla navigazione marittima;
- visite di rilascio o rinnovo delle licenze e degli attestati aeronautici (per il solo personale di 1^a e 2^a classe in costanza di rapporto di lavoro nel settore dell'aviazione civile);
- accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica permanente di 1° grado;
- accertamenti diagnostici richiesti dall'I.M.L. in sede di visita straordinaria;

visita di sbarco per malattia occorsa durante il periodo di imbarco (o insorta entro i 28 giorni dallo sbarco per i marittimi imbarcati o per il personale imbarcato a servizio della nave ed iscritto all' I.P.Se.Ma.);
emissione di un giudizio di idoneità o di inidoneità al lavoro.

Nota (6)

Il codice X01 deve essere utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda, ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa.

Nota (7)

Il codice TDL deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni.

Tabella 2 - ESENZIONI CORRELATE ALLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE

Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E condizioni Economiche	01	
Disoccupati – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		02	
Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		03	
Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni – e loro familiari a carico - – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		04	

CODIFICA REGIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

1	Sterilità	P01	095	
2	Contracezione	P01	096	
3	Richiesta di asilo politico e umanitario (Circolare n. 5, 24 marzo 2000 del Ministero della sanità, DGR n. 482 del 16 maggio 2001)	APU	001	
4	Liberazione del Tunnel Carpale e prestazioni specialistiche correlate - DGR 179 del 3 marzo 2004	TCU	003	
5	Intervento di Cataratta e prestazioni specialistiche correlate - DGR 179 del 3 marzo 2004	ICU	004	

FATTORI DI RISCHIO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI DENSITOMETRIA OSSEA
(All. 4A DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza")

L'indagine densitometrica è indicata in presenza di uno dei seguenti

Fattori di rischio maggiori:

1. per soggetti di ogni età di sesso femminile e maschile
 - a. precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali
 - b. riscontro radiologico di osteoporosi
 - c. terapie croniche (attuata o prevista)
 - corticosteroidi sistemici (per più di tre mesi a posologie ≥ 5 mg/die di equivalente prednisonico)
 - levotiroxina (a dosi soppressive)
 - antiepilettici
 - anticoagulanti (eparina)
 - immunosoppressori
 - antiretrovirali
 - sali di litio
 - agonisti del GnRH
 - chemioterapia o radioterapia in età pediatrica (in età adulta solo se associate a tre o più criteri minori)
 - d. patologie a rischio di osteoporosi:
 - malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1)
 - rachitismi/osteomalacia
 - sindromi da denutrizione, compresa l'anoressia nervosa e le sindromi correlate
 - celiachia e sindromi da malassorbimento
 - malattie infiammatorie intestinali croniche severe
 - epatopatie croniche colestatiche
 - fibrosi cistica
 - insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica
 - emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi)
 - artrite reumatoide (incluso morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche
 - patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico
 - trapianto d'organo;
 - allettamento e immobilizzazioni prolungate (>3 mesi)
 - paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale
2. limitatamente a *donne in menopausa*:
 - a. anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni
 - b. menopausa prima di 45 anni
 - c. magrezza: indice di massa corporea $< 19\text{Kg/m}^2$

L'indagine densitometrica è, inoltre, indicata in presenza di:

- 3 o più fattori di rischio minori per le *donne in menopausa*:

1. età superiore a 65 anni
2. anamnesi familiare per severa osteoporosi
3. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale
4. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mg/die)
5. fumo > 20 sigarette/die
6. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool)

- 3 o più fattori di rischio minori per le *gli uomini di età superiore a 60 anni*:

1. anamnesi familiare per severa osteoporosi
2. magrezza: indice di massa corporea $< 19\text{Kg/m}^2$
3. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mg/die)
4. fumo > 20 sigarette/die
5. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool)



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER LE DONNE IN STATO DI GRAVIDANZA E A TUTELA DELLA MATERNITÀ

Art. 59 DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”

1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art.1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente articolo e dagli allegati 10A e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l'assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d'aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell'assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato.

ALLEGATO 10A

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITA' RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

1. Prestazioni specialistiche per la donna

89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA

90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]

91.26.D VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie

91.26.E VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario

90.62.2 EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

90.66.7 Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)

91.38.5 ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale](Se non effettuato nei tre anni precedenti nella fascia d'età dello screening >25 anni)

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

2. Prestazioni specialistiche per l'uomo In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie

90.62.2 EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

90.66.7 Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale).

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

3. Prestazioni specialistiche per la coppia

91.23.7 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.

90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)

91.10.B TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

4. Dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico:

Alla coppia

89.7B.1 PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07

G2.01 ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo

88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale (*Lo standard tecnico è rappresentato dalle sonde endovaginali ad alta frequenza (≥5 MHz). La via transaddominale è limitata ai fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale*). Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1

68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO

68.16.1 BIOPSIA ENDOMETRIALE Non associabile a 68.12.1

90.46.5 LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)

90.47.5 ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]

90.51.4 ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO) Non prescrivibile in caso di positività già accertata

90.51.5 ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)

90.54.4 ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

ALLEGATO 10B

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

All'inizio della gravidanza, possibilmente nel **PRIMO TRIMESTRE** (entro 13 settimane+6 gg.), e comunque al primo controllo:

89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA

90.62.2 EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

90.66.7 Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale) *Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.*

90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D) *Qualora non eseguito in funzione preconcezionale*

90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] *Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane*

90.27.1 GLUCOSIO⁽³⁾

91.26.D VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie *Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività*

91.26.E VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario *Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività*

91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting *Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività*

91.10.B TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.

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. *Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti*

90.44.3 URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.94.2 ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma
90.88.J CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso IgA se IgM negative **In caso di fattori di rischio riconosciuti** ⁽³⁾
91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma **In caso di fattori di rischio riconosciuti** ⁽³⁾
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 caso di fattori di rischio riconosciuti** ⁽³⁾
91.20.2 VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento **Solo in caso di HCV positivo**
88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA **Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'età gestazionale**
90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A. Da eseguire solo in associazione con 88.78.4 "ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)
88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato. **Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg**
91.38.5 ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale] **Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

Nel **SECONDO TRIMESTRE:**

da 14 settimane + 0gg. a 18 settimane + 6gg. :

90.17.8 TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre)
90.26.5 GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 **Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio** ⁽³⁾
91.26.D VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie
91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting **In caso di sieronegatività**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

da 19 settimane + 0gg a 23 settimane + 6gg :

91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting **In caso di sieronegatività**
88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78 **da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0**

da 24 settimane + 0gg a 27 settimane + 6gg

91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting **In caso di sieronegatività**
90.26.5 GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 (1) **Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio** ⁽³⁾
90.44.3 URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.94.2 ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma **In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

Nel **TERZO TRIMESTRE:**

da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg.:

90.62.2 EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting **In caso di sieronegatività**
88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA. **Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna**
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

da 33 settimane + 0 gg. a 37 settimane + 6gg.:

90.62.2 EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

91.09.D TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting **In caso di sieronegatività**

91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo

91.10.B TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR] incluso eventuale titolazione. Incluso eventuale Immunoblotting.

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.

90.44.3 URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario⁽³⁾

90.94.2 ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma **in caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria**

91.08.4 STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO GRUPPO B **Raccomandato a 36-37 settimane**

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

da 41 settimane + 0gg.:

88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA **per valutazione quantitativa del liquido amniotico**

75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA

Per le donne che si presentano dopo la 13° settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gravidanza, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gravidanza in corso.

⁽³⁾ secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

ALLEGATO 10C

CONDIZIONI DI ACCESSO ALLA DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA, IN ESCLUSIONE DALLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO

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

- 1) Rischio procreativo prevedibile a priori in quanto correlato ad una condizione biologica genetica presente in uno o in entrambi i genitori o nella famiglia, da valutare in sede di consulenza genetica
- 2) Rischio rilevato in corso di gravidanza: difetti fetali evidenziati mediante ecografia alterazione di parametri biochimici/molecolari rilevati con sistemi validati ed erogati presso strutture appositamente individuate dalle regioni, predittivi di patologie fetali e/o cromosomiche/geniche, patologie infettive a rischio fetale.

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

1) Per le indagini citogenetiche:

- probabilità di trisomia 21, o di altre anomalie cromosomiche $\geq 1/300$ al momento del test per la valutazione del rischio nel primo trimestre (o $\geq 1/250$ in caso di test nel secondo trimestre) calcolata secondo i metodi indicati dalle Regioni tra quelli basati sulla età materna in combinazione con altri parametri ecografici fetali e/o di laboratorio. Tale calcolo dovrà essere effettuato utilizzando specifici protocolli nell'ambito di programmi che garantiscano uniformità di accesso in tutto il territorio regionale, in Centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità. L'opzione da parte delle Regioni deve essere orientata all'adozione di metodi di calcolo del rischio con una maggiore sensibilità diagnostica e un minor numero di falsi positivi tenuto conto dell'evoluzione della ricerca scientifica e tecnologica.
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale bilanciato dei cromosomi
- genitore con aneuploidia cromosomica omogenea o in mosaico
- anomalie fetali/della gravidanza evidenziate mediante ecografia

2) Per le indagini genetiche:

- genitore eterozigote per una patologia/mutazione autosomica dominante,

- genitori entrambi eterozigoti per mutazioni geniche correlate a patologie autosomi che recessive,
- madre eterozigote per mutazioni recessive legate all'X,
- madre portatrice di mutazione mitocondriale;
- segni ecografici fetto-annessiali indicativi di specifiche patologie geniche
- altre condizioni di possibile rischio correlate alla storia familiare, da verificare in sede di consulenza genetica.

3) Per le indagini infettivologiche:

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



ASSISTENZA TERMALE

Art. 20 DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale ai soggetti, inclusi gli assicurati dell'INPS e dell'INAIL, affetti dalle patologie indicate nell'allegato 9 al presente decreto, che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni. Nel medesimo allegato sono elencate le prestazioni erogabili suddivise per tipologia di destinatari.

2. L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordi e degli invalidi civili, che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante.

ALLEGATO 9

Aventi diritto:

Hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale gli assistiti affetti dalle seguenti patologie:

1. Malattie reumatiche: osteoartrosi ed altre forme degenerative; reumatismi extra articolari;
2. Malattie delle vie respiratorie: sindromi rinosinuzitiche-bronchiali croniche, bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico);
3. Malattie dermatologiche: psoriasi (esclusa la forma pustolosa, eritrodermica), eczema e dermatite atopica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative), dermatite seborroica ricorrente;
4. Malattie ginecologiche: sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale o involutiva, leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche o distrofiche;
5. Malattie O.R.L.: rinopatia vasomotoria, faringolaringiti croniche, sinusiti croniche, stenosi tubariche, otiti catarrali croniche, otiti croniche purulente non colesteatomatose;
6. Malattie dell'apparato urinario: calcolosi delle vie urinarie e sue recidive;
7. Malattie vascolari: postumi di flebopatie di tipo cronico;
8. Malattie dell'apparato gastroenterico: dispepsia di origine gastroenterica e biliare, sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi.

Prestazioni

Le prestazioni termali consistono nei cicli di cure di seguito indicati per tipologia di destinatari. Il ciclo di cure include, in ogni caso, la visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale.

Prestazioni erogabili a tutti gli assistiti

1. Fanghi più bagni o docce effettuate con acque minerali (c.d. di “Annettamento”) per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni o docce)
2. Fanghi più bagni terapeutici (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni)
3. Bagni per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 bagni)
4. Bagni per malattie dermatologiche (ciclo di 12 bagni)
5. Stufe o grotte (ciclo di 12 sedute)
6. Cure inalatorie (inalazioni, nebulizzazioni, aerosol, humages) (ciclo di 24 prestazioni)
7. Irrigazioni vaginali (ciclo di 12 irrigazioni)
8. Irrigazioni vaginali più bagni (ciclo di 12 irrigazioni e 12 bagni)
9. Docce rettali (ciclo di 12 docce)
10. Cure idropiniche per calcolosi delle vie urinarie e sue recidive (ciclo di 12 prestazioni)
11. Cure idropiniche per malattie dell'apparato gastroenterico (ciclo di 12 prestazioni)
12. Ciclo di cura della sordità rinogena comprendente:
 - Visita specialistica - Esame audiometrico - 12 insufflazioni endotimpaniche - 12 cure inalatorie
13. Ciclo di cura integrato della ventilazione polmonare controllata comprendente:
 - Visita specialistica - 12 ventilazioni polmonari medicate e non - 12 aerosol - 6 inalazioni o nebulizzazioni (da effettuarsi a giorni alterni)
14. Ciclo di idrofangobalneoterapia (c.d. “Fanghi epatici”) comprendente:
 - Visita specialistica - 6 fanghi epatici - 6 bagni carbogassosi - 12 cure idropiniche
15. Ciclo di cura dei postumi di flebopatie di tipo cronico comprendente:
 - Visita specialistica – Elettrocardiogramma - Esami ematochimici: azotemia, glicemia, uricemia, colesterolo totale e HDL, trigliceridi - Esami strumentali: oscillometria, doppler (prima e dopo la cura) - 12 bagni “terapeutici” con idromassaggio

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INAIL ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni.

16. Ciclo di ventilazione polmonare controllate comprendente:

- Visita specialistica - Ventilazioni polmonari medicate e non (ciclo di 15 ventilazioni)

17. Ciclo di cure per la riabilitazione motoria comprendente:

- Visite mediche (prescrizioni terapeutiche; assistenza sanitaria; compilazione ed aggiornamento della speciale cartella clinica) - Indagini specialistiche e di laboratorio (esami radiologici; esami elettrodiagnostici ed elettromiografici; altre indagini specialistiche se necessarie) - Trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari - Crenochinesiterapia (bagni termali, ozonizzati o meno, con o senza massaggio subacqueo; fanghi termali; trattamenti termali per angiopatie) - Fisioterapia (ginnastica attiva e passiva; elettroterapia esogena ed endogena; etc) - Altre terapie strumentali e medicamentose (qualora richieste dai singoli casi)

18. Ciclo di cura per la riabilitazione della funzione respiratoria comprendente:

- Visite mediche (prescrizioni terapeutiche; assistenza sanitaria; compilazione ed aggiornamento della speciale cartella clinica) - Indagini specialistiche e di laboratorio (spirometria; ergometria; ECG; radiografia del torace nelle due proiezioni ortogonali; esame dell'espettorato previo arricchimento; esami ematochimici, se ritenuti necessari) - Trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari - Fisiokinesiterapia, ginnastica respiratoria, ergometria, ventilazione polmonare controllata, medicata o non – ossigenoterapia - cure inalatorie (utilizzando, quando indicato, anche il nebulizzatore ultrasonico)

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INPS ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni.

(attualmente l'INPS, per esigenze di bilancio, non fornisce queste prestazioni)

19. Ciclo di prestazioni termali e complementari integrate per forme reumoartropatiche comprendente:

A. Prestazioni termali fondamentali:

- Fanghi più bagni o docce effettuate con acque minerali (c.d. di "Annettamento")
per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni o docce)

B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di diciotto delle seguenti prestazioni:

- Inalazioni - Aerosol o docce nasali - Irrigazioni vaginali

20. Ciclo di prestazioni termali e complementari integrate per forme reumoartropatiche comprendente:

A. Prestazioni termali fondamentali:

Fanghi più bagni terapeutici (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni)

B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di diciotto delle seguenti prestazioni:

- Inalazioni - Aerosol o docce nasali - Irrigazioni vaginali

21. Ciclo di prestazioni termali e complementari integrate per forme reumoartropatiche comprendente:

A. Prestazioni termali fondamentali:

- Bagni per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 bagni)

B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di diciotto delle seguenti prestazioni:

- Inalazioni - Aerosol o docce nasali - Irrigazioni vaginali

22. Ciclo di prestazioni termali e complementari integrate per forme reumoartropatiche comprendente:

A. Prestazioni termali fondamentali:

- Stufe o grotte (ciclo di 12 sedute)

B. Prestazioni complementari e/o accessorie fino ad un massimo complessivo di diciotto

delle seguenti prestazioni:

- Inalazioni - Aerosol o docce nasali - Irrigazioni vaginali

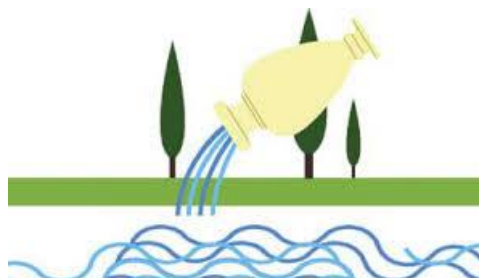
23. Ciclo di prestazioni termali e complementari integrate per forme broncoasmatiche comprendente:

A. Prestazioni idrotermali fondamentali:

- 12 inalazioni - 12 aerosol - 12 nebulizzazioni o polverizzazioni

B. Ciclo di prestazioni complementari o accessorie fino ad un massimo complessivo di 12 delle seguenti prestazioni:

- Docce nasali - Ventilazioni polmonari - Irrigazioni vaginali



NOTE AIFA 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci

(Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10.01.07 - Suppl. Ord. n. 6 – e successive modificazioni)

Costituiscono una limitazione alla prescrivibilità di alcuni farmaci, che possono essere posti a carico del SSR solo se le condizioni contenute nella relativa Nota sono rispettate e restano a carico del paziente per tutte le altre indicazioni approvate e contenute nella Autorizzazione all'Immissione in Commercio (A.I.C.).

Si tratta anche di farmaci di ampio utilizzo tipo FANS e COXIB, inibitori di pompa, antidiuretici, alcuni antidiabetici, anticoagulanti orali, antistaminici, corticosteroidi topici ...

Le Note sono reperibili all'indirizzo <https://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa> che per ciascuna contiene una descrizione sintetica ed i chiarimenti sulle motivazioni della limitazione con la relativa bibliografia.

A titolo di esempio si riporta la descrizione sintetica di alcune "note".

Nota 1 - La prescrizione a carico del SSN è limitata: **alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**

- in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei
- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi

purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio

- storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
- concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
- età avanzata

Pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo, misoprostolo+diclofenac (assoggettata anche alla nota 66)



Nota 48 - La prescrizione a carico del SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento ed alle seguenti condizioni:

- **durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane):**
 - ▲ ulcera duodenale o gastrica positive per *Helicobacter pylori* (Hp); per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione;
 - ▲ ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa (primo episodio);
 - ▲ malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio);
- **durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno:**
 - ▲ sindrome di Zollinger-Ellison;
 - ▲ ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante;
 - ▲ malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante).

Anti H2: cimetidina, famotidina, nizatidina, ranitidina, roxatidina,

Inibitori di pompa: esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo

Una recente disposizione della Regione Umbria, per ragioni di costo, limita ulteriormente la prescrivibilità in Nota 1 e Nota 48 ad omeprazolo 10 e 20 mg e pantoprazolo 20 mg e, in caso di prescrizione specialistica, prevede la compilazione di un modello apposito da consegnare al medico di medicina generale.

Nota 13

Riguarda i farmaci ipolipemizzanti ed è troppo complessa per poter essere riassunta. Per il testo completo:

<https://www.aifa.gov.it/nota-13>

Nota 55 - La prescrizione a carico del SSN degli antibiotici iniettabili per l'uso comunitario, è limitata alle seguenti condizioni:

- ▲ **trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari;**
- ▲ trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi.

Ceftazidima, cefepime*, mezlocillina, piperacillina, ampicillina+ sulbactam, piperacillina+ tazobactam* amikacina, gentamicina, netilmicina, tobramicina*

Un razionale utilizzo degli antibiotici permette di preservare l'ambiente territoriale extra-ospedaliero dalla diffusione delle resistenze batteriche, mantenendolo separato da quello ospedaliero ed evitando il ricorso all'ospedalizzazione per trattare infezioni risolubili efficacemente al domicilio del paziente. Tali farmaci non dovrebbero rappresentare, di norma, la prima scelta terapeutica, ma vanno riservati a casi selezionati, anche allo scopo di prevenire l'insorgere di ceppi resistenti sul territorio; ciò vale in particolare per gli antibiotici impiegati nei confronti di *Pseudomonas aeruginosa* contrassegnati da asterisco (*).

Nota 56 - (modificata G.U. n. 150 del 30 giugno 2011) La prescrizione carico del SSN è limitata:

1) al trattamento iniziato in ambito ospedaliero

La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio

2) al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica

Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche.

La limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero o da parte del medico di medicina generale con il supporto di indagini microbiologiche è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi.

Aztreonam, imipinem+ cilastatina, rifabutina, teicoplanina

Nota 66

La prescrizione dei farmaci antinfiammatori non steroidei a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni patologiche:

- **artropatie su base connettivica**
- **osteoartrosi in fase algica o infiammatoria**
- **dolore neoplastico**
- **attacco acuto di gotta**

aceclofenac, acetametacina, acido mefenamico, acido tiaprofenico, amtolmetina guacile, celecoxib, cinnoxicam, dexibuprofene, diclofenac, diclofenac + misoprostolo, etoricoxib, fentiazac, flurbiprofene, furprofene, ibuprofene, indometacina, ketoprofene, lornoxicam, meloxicam, nabumetone, naprossene, oxaprozina, piroxicam, proglumetacina, sulindac, tenoxicam,

- **trattamento di breve durata del dolore acuto nell'ambito delle patologie sopra descritte**

nimesulide

- **trattamento di breve durata del dolore acuto di entità moderata nei soggetti in cui il sintomo non sia adeguatamente controllato con altri antidolorifici assunti singolarmente**

ibuprofene/codeina

Nota 84 - La prescrizione a carico del SSN in soggetti immunocompetenti è limitata alle seguenti condizioni:

Virus Herpes Simplex:

- trattamento delle infezioni genitali acute
aciclovir, famciclovir, valaciclovir
- profilassi e trattamento delle recidive a localizzazione genitale
aciclovir, famciclovir, valaciclovir
- cheratite erpetica
aciclovir
- trattamento della stomatite in età pediatrica
aciclovir

Virus Varicella-Zoster:

- trattamento della varicella:
aciclovir
- trattamento delle infezioni cutanee :
aciclovir, famciclovir, valaciclovir, brivudin

La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.

Nota 88 - La prescrizione a carico del SSN, **su diagnosi di specialisti**, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alla seguente condizione:

- **pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche** (ad es. psoriasi, dermatite atopica).

Cortisonici per uso topico

Nota 89 - La prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione:

- **pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave** (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) **per trattamenti prolungati** (superiori ai 60 giorni).

Antistaminici: acrivastatina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, ketotifene, levocetirizina, loratadina, mizolastina, oxatomide, prometazina, rupatadina

Nota 96 - La prescrizione a carico del SSN dei farmaci con indicazione “prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D” nell’adulto (>18 anni) è limitata alle seguenti condizioni:

Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nei seguenti scenari clinici:

- indipendentemente dalla determinazione della 25(OH) D
 - persone istituzionalizzate
 - donne in gravidanza o in allattamento
 - persone affette da osteoporosi da qualsiasi causa o osteopatie accertate non candidate a terapia remineralizzante (vedi nota 79)
- previa determinazione della 25(OH) D (vedi algoritmo allegato)
 - persone con livelli sierici di 25OHD < 20 ng/mL e sintomi attribuibili a ipovitaminosi D (astenia, mialgie, dolori diffusi o localizzati, frequenti cadute immotivate)
 - persone con diagnosi di iperparatiroidismo secondario a ipovitaminosi D
 - persone affette da osteoporosi di qualsiasi causa o osteopatie accertate candidate a terapia remineralizzante per le quali la correzione dell’ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica all’inizio della terapia*
 - una terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D
 - malattie che possono causare malassorbimento nell’adulto

* Le terapie remineralizzanti dovrebbero essere iniziate dopo la correzione della ipovitaminosi D.

Colecalciferolo, colecalciferolo/sali di calcio, calcifediolo

R.A.O. - RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI

In ossequio alla normativa nazionale ed all'accordo Stato-Regioni, la Regione Umbria, con la DGR 610 del 6/5/2019, ha deliberato il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2019-2021 contenente una serie di prestazioni da inserire nei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (R.A.O.).

Si tratta di una **prima visita** o un **primo esame** che, a seconda della motivazione, va inserita nell'appropriata classe di priorità:

Urgente : accesso in Pronto Soccorso

Priorità **U** (Urgente differibile) attesa massima 3 giorni

Priorità **B** (Breve) attesa massima 10 giorni

Priorità **D** (Differita) attesa massima 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti

Priorità **P** (Programmata) attesa massima 120 giorni

L'elenco delle prestazioni e delle motivazioni è scaricabile all'indirizzo:

<https://www.uslumbria1.it/pagine/riduzione-liste-dattesa> (Allegato 2 - PRGLA 2019-2021 DEF. (A+B))

Nella richiesta di prestazione si deve:

- riportare la dizione **primo esame** o **prima visita** (non rientrano nella fattispecie i controlli successivi effettuati per la stessa patologia, per i quali va contrassegnata la casella "altro" nella ricetta)
- trascrivere il quesito diagnostico utilizzando le **parole chiave** contenute nel documento regionale
- barrare la casella indicante la **classe di priorità**

