

**Barbara Zilli**

# L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Indicazioni per la prescrizione

Seconda Edizione



Sistema Informativo Responsabile dott. Giuliano BLASSETTI  
**SIA – Statistica ed Informatizzazione Amministrativa**



# Indice

## CAPITOLO PRIMO:

### **REQUISITI DELLA RICETTA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

- 1.1 La ricetta del Servizio Sanitario Nazionale
- 1.2 Prescrizione prestazioni sanitarie – LEA
  - 1.2.1 *Tessera Sanitaria Europea TEAM*
  - 1.2.2 *TEAM: Visite e prestazioni dei MMG e PLS*
  - 1.2.3 *Cittadini Europei in possesso della TEAM o assistiti in base a patti bilaterali .*
- 1.3 Compilazione della ricetta del Servizio Sanitario Nazionale
  - 1.3.1 *Compilazione manuale o con timbro*
  - 1.3.2 *Pazienti che richiedono l'anonimato*
- 1.4 Consegna dei ricettari
- 1.5 Ambiti di utilizzo del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale
- 1.6 Limiti di prescrivibilità per ricetta
  - 1.6.1 *Cicli di terapie*
- 1.7 Accesso Diretto
- 1.8 Prima visita e controllo
- 1.9 Prescrizione di prestazioni da parte dello specialista
- 1.10 Prescrizione di “prestazioni integrative”
  - 1.10.1 *Visita odontostomatologica e “piano di cura”*
- 1.11 Prescrizione di prestazioni soggette ad autorizzazione

## CAPITOLO SECONDO:

### **PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO: LEA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

2.1 Prestazioni *totalmente* escluse dai LEA

2.2 Prestazioni *parzialmente* escluse dai LEA

2.3 Certificazioni

2.3.1 *Certificazioni per l'esercizio di attività sportiva*

**TABELLA A**

**TABELLA B**

2.4 Vaccinazioni

## CAPITOLO TERZO:

### **ESENZIONI DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA**

3.1 Esenzioni per "reddito"

3.1.1 *Esenzioni per età e status*

3.1.2 *Esenzioni per stranieri "richiedenti asilo"*

3.2.2 *Esenzioni STP e ENI*

3.2 Esenzioni per "patologia"

3.2.1 *Malattie croniche e invalidanti*

3.2.2 *Malattie rare*

3.2.3 *Soggetti affetti da morbo di Hansen*

3.3 Esenzioni per gravidanza e maternità responsabile

3.3.1 *Gravidanza a rischio*

3.3.2 *Diabete gestazionale*

3.4 Screening e Prevenzione

3.4.1 *Approfondimenti diagnostici per screening*

3.4.2 *Tumori cervice uterina*

3.4.3 *Tumori alla mammella*

3.4.4 *Tumori al colon – retto*

**3.4.5** *Malattie a trasmissione sessuale*

**3.4.6** *Cittadini italiani che hanno operato nei territori Balcanici.*

### **3.5** Invalidità

**3.5.1** *Prestazioni richieste in sede di verifica di invalidità civile*

**3.5.2** *Minori di 18 anni con indennità di frequenza*

**3.5.3** *Infortunio INAIL.*

## **TABELLA CODICI DI ESENZIONE**

## CAPITOLO QUARTO:

### **ASSISTENZA PROTESICA**

#### **4.1** Erogazione di ortesi, ausili e protesi

**4.1.1** *Erogazione di ortesi, ausili e protesi: casi particolari*

#### **4.2** A.F.I.R

**4.2.1** *Incontinenti*

**4.2.2** *Soggetti che necessitano di ausili per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee*

**4.2.3** *Soggetti affetti da diabete mellito*

**4.2.4** *Soggetti affetti da fibrosi cistica*

**4.2.5** *Assistenza Sanitaria Integrativa relativa a prodotti destinati a una alimentazione particolare.*

**4.2.6** *Particolari categorie di assistiti*

**4.2.7** *Assistiti ADI*

## CAPITOLO QUINTO:

### **PRESCRIZIONI DI FARMACI**

#### **5.1** Farmaci di classe A/H Farmaci essenziali e farmaci per le malattie croniche

**5.1.1** *Note AIFA*

**5.1.2** *Altre limitazioni*

**5.1.3 Farmaci “Generici”**

**5.2** Farmaci di classe C: altri farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci di cui alla classe A

**5.3** Sostituzione di farmaco da parte del farmacista

**5.4** Limiti di prescrivibilità dei farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale

**5.5** Prescrizioni di sostanze stupefacenti

**5.6** Fornitura diretta di farmaci

**5.7** Norme a carattere generale rivolte ai farmacisti

## **APPENDICE**

Allegato n. 1 *Elenco “Malattie croniche e invalidanti”*

Allegato n. 2 *Elenco “Malattie rare”*

Allegato n. 3 *Protocolli gravidanza e maternità*

Allegato n. 4 *Elenco Note AIFA*



## PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE - LEA

1.2

Il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, adottato dal primo gennaio 2005, nasce allo scopo di:

- monitorare e controllare la spesa sanitaria per prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze,
- semplificare la burocrazia cartacea poiché vengono ricondotti ad un unico ricettario tutti i formulari del Servizio Sanitario Nazionale (Prescrizione Richiesta Proposta, Carnet della Salute e Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti).

Il ricettario è utilizzato per prescrivere prestazioni sanitarie che rientrano nei LEA ai cittadini **iscritti al servizio sanitario nazionale** e, in alcuni casi, ai cittadini comunitari e stranieri **non iscritti al servizio sanitario**, compresi gli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno (STP).

Per poter riconoscere il diverso *status* dell'assistito nella ricetta sono stati previsti dei **campi aggiuntivi**, che devono essere compilati solo **nel caso di cittadini non iscritti** al Servizio Sanitario. In particolare è previsto:

- uno spazio – destinato a contenere una sigla di due caratteri – denominato **“tipologia dell'assistito”**
- uno spazio - sul retro della ricetta - riservato alla compilazione in caso il beneficiario della prestazione sia assistito da altra istituzione estera, comunitaria e non comunitaria.

### Tessera Sanitaria Europea TEAM

1.2.1

L'adozione del nuovo ricettario è concomitante all'avvio sperimentale in Italia della Tessera Sanitaria magnetica: TS.

Nella tessera magnetica TS trova spazio anche la Tessera Europea di Assicurazione per Malattia (T.E.A.M.) valida in tutti i Paesi dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo e Svizzera.

In caso di soggiorno in uno degli stati membri il possessore della tessera TS – T.E.A.M. ha diritto all'assistenza sanitaria *de facto* alla erogazione delle prestazioni medicalmente necessarie, alle stesse condizioni degli iscritti e senza altre autorizzazioni preventive.

### TEAM: Visite e prestazioni dei Medici di Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta

1.2.2

Il cittadino europeo non iscritto al Servizio Sanitario Nazionale ma assistito da altra istituzione dell'Unione Europea e in possesso della T.E.A.M. può presentarsi presso qualsiasi medico di medicina generale. Il medico che effettua la visita **deve trascrivere la prestazione effettuata** (visita medico generica ambulatoriale, domiciliare, medicazioni etc.) sulla ricetta, **compilando anche il retro** della stessa (per la compilazione del retro vedi capitolo successivo 1.2).

La ricetta così compilata va inoltrata alla ASL / Distretto ai fini del rimborso della prestazione effettuata.

Per le prescrizioni di prestazioni sanitarie a cittadini:

- della Unione Europea
- dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera, in possesso della TEAM
- e per i cittadini in possesso apposito modulo di diritto alla assistenza rilasciato da un Paese con il quale l'Italia ha stretto un accordo bilaterale in materia di assistenza (Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Capo Verde, Principato di Monaco, Macedonia, Montenegro, Serbia, Repubblica di San Marino, Tunisia, Città del Vaticano e Santa Sede)

oltre al campo tipologia dell'assistito, come da indicazioni del paragrafo successivo 1.2, va sempre compilato il retro della ricetta riportando i dati della istituzione estera di assistenza.

L'assistito **deve obbligatoriamente firmare** l'apposito spazio.

*Esempio di compilazione per i cittadini che esibiscono la TEAM:*

**AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/79) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

**SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE**

1) CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

2) PAESE ESTERO / COUNTRY

3) NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

4) DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

5) NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

6) DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

**AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA**

FIRMA DEL MEDICO      FIRMA DELL'ASSISTITO      FIRMA DEL FARMACISTA

**ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI**

- 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
- 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
- 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.  
*L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.*

**EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD**

2) CC

3) Name

Name

4) Given names      5) Date of birth

First name, other names      11/01/1959

6) Personal identification number      7) Identification number of the institution

RSSMRO62B25E205Y      01 - Institution

8) Identification number of the card      9) Expiry date

80380800301234567890      01/01/2006



## COMPILAZIONE DELLA RICETTA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La richiesta formulata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) Cognome, nome e indirizzo dell'assistito
- b) Codice fiscale, ovvero codice STP o codice ENI dell'assistito  
Per i **non iscritti** in possesso di TEAM o modulari va lasciato in bianco il campo del codice fiscale (**va compilato il retro della ricetta**)
- c) ASL di competenza: indica la ASL che eroga i servizi sanitari e può coincidere o meno (pro tempore) con quella di residenza dell'assistito (lo spazio va compilato solo per cittadini iscritti al SSN)
- d) specificazione di eventuali diritti o meno all'esenzione dal pagamento della prestazione
- e) diagnosi o sospetta diagnosi o quesito diagnostico (nell'ultima riga tratteggiata)
- f) tipo di prestazione richiesta (preferibilmente utilizzando il codice numerico del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni)
- g) biffatura del grado di **priorità della prestazione**
  - U urgente → nel più breve tempo possibile massimo entro 24 ore
  - B breve → entro 10 giorni
  - D prestazione differita → entro 30 giorni per le visite e 60 per accertamenti
  - P prestazione programmata, di controllo o screening → 180 giorni, 120 per visita cardiologica ed ecografia addome.

Per i controlli e i follow up la tempistica viene definita dal medico che segue il caso.

- h) quantità delle prestazioni richieste (allineamento a sinistra).

Per esempio, richiesta di visita cardiologica ed ECG:

i) tipologia della ricetta da compilare solo per assistiti **non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale**:

- ST straniero STP
- UE assistito in possesso di T.E.A.M. (tessera europea o documento assimilato) o cittadino ENI (non in possesso della T.E.A.M.)
- EE assistito in possesso di altro documento diverso da quello sopra che attesta il diritto alla assistenza in Italia

In caso di assistiti dal Servizio Sanitario Naviganti<sup>1</sup>:

- NA prestazione ambulatoriale
- ND prestazione domiciliare
- NE prestazione a cittadino comunitario
- NX prestazione a cittadino straniero

Il diagramma mostra una ricetta medica con una colonna verticale a sinistra etichettata 'RICETTA'. Sotto questa colonna, ci sono tre righe orizzontali per la prescrizione. In basso, ci sono tre gruppi di campi predefiniti: 'NUMERO IDENTIFICAZIONE ASSISTITO', 'RICETTA' (con un'freccia che punta verso il campo) e 'DATA'.

k) timbro e firma del medico

l) data di emissione

m) in caso di cittadino italiano, comunitario e straniero non iscritto al Servizio Sanitario Nazionale ma **assistito da altra istruzione estera** è necessario compilare il **retro della ricetta**: nell'apposito spazio dovranno essere copiati i dati dal documento in possesso dell'assistito, avendo cura di compilare i seguenti campi:

- istituzione di assistenza estera che ha in carico l'assistito
- sigla stato estero
- numero di identificazione e della posizione assistenziale dell'assistito (se nel documento tale numero non viene riportato il campo sarà lasciato in bianco)
- firma dell'assicurato
- data di nascita dell'assicurato
- data di scadenza della TEAM

L'assistito di altra istituzione estera in possesso di TEAM **deve obbligatoriamente firmare** l'apposito spazio relativo alla firma sul retro.

<sup>1</sup> Il Servizio Sanitario Naviganti, che eroga direttamente l'assistenza ai propri iscritti, è dotato di analogo ricettario con i campi descritti già prestampati. Qualora il medico del SSN ravvisi la necessità di prescrivere prestazioni sanitarie a soggetti assistiti dal SASN lo farà sul proprio ricettario, con l'accortezza di compilare il campo **tipologia di ricettario** come indicato (e il verso della ricetta se il soggetto è straniero).

In tal caso il medico è tenuto a **compilare anche la matrice**.

Nel caso di **compilazione manuale** della ricetta è raccomandato l'uso di penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero nonché di evitare lacerazioni, abrasioni o macchie che possano risultare di pregiudizio alle operazioni di lettura ottica; nei casi in cui è ammesso l'uso di timbri, devono essere impiegati inchiostri neri non oleosi.

La trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici nelle caselle a ciò destinate, deve essere effettuata con le seguenti modalità:

- a) scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi che sono di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica;
- b) riportare un solo carattere in ciascuna casella;
- c) non uscire dai bordi colorati delle caselle;
- d) non legare i caratteri tra di loro;
- e) evitare cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- f) evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri;
- g) non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione di quelle riguardanti le note AIFA che vanno barrate in tutti i casi in cui non sono utilizzate.

La compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa. E' fortemente consigliato l'impiego di procedure informatizzate e di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro.

\*\*\*\*\*

La richiesta può contenere prescrizioni anche a mezzo **timbro**. L'eventuale aggiunta o cancellazione di una singola voce deve essere siglata dal medico prescrivente.



**Le impegnative non possono essere modificate o corrette in alcun modo** se non dallo stesso medico prescrittore, che deve tracciare una linea su quanto precedentemente scritto, aggiungere il testo corretto ed apporre la firma.

In assenza di una specifica disposizione di legge sull'anonimato nella sanità pubblica si fa riferimento alle norme degli specifici settori e al principio in base al quale **il destinatario di una prestazione sanitaria debba sempre essere riconoscibile** anche per gli aspetti medico legali che ne discendono.

L'anonimato riguarda quindi solo l'aspetto della tracciabilità dei dati del paziente rispetto alle prestazioni effettuate e viene garantito da una serie di cautele nella prescrizione (che non può contenere i dati identificativi del paziente, tranne il codice fiscale) e nella registrazione dei dati.

Le modalità di esercizio del diritto all'anonimato, che viene esercitato su richiesta dell'interessato, sono applicabili (con criteri differenti) solo per le situazioni di seguito riportate:

- tossicodipendenze
- malattie o altri aspetti connessi all'attività sessuale
- sospetto HIV o malattia conclamata
- partorienti
- donatori di organi e tessuti
- donatori di midollo osseo
- stranieri STP

## CONSEGNA DEI RICETTARI

1.4

L'utilizzo del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale è riservato ai medici, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale medesimo o con lo stesso convenzionati, a ciò specificamente abilitati e che lo utilizzano nell'ambito esclusivo dei rispettivi compiti istituzionali.

Il ricettario deve essere attribuito nominativamente al medico e, sulla cedola di ogni ricettario, deve essere riportato il Codice Fiscale del medico al quale lo stesso viene attribuito.

La cedola così compilata e **controfirmata**, rappresenta l'attestazione della avvenuta consegna del ricettario.

Per quanto riguarda le strutture **accreditate esterne** la richiesta di attribuzione del ricettario deve essere effettuata dal Direttore Sanitario della Struttura.

Il ricettario è utilizzabile solamente da parte dei medici operanti nelle branche specialistiche per cui la struttura è accreditata, tranne per le strutture afferenti alle branche di laboratorio e radiologia per i quali non è previsto l'utilizzo.

Le richieste di prestazioni tramite ricettario sono limitate alle prestazioni (**urgenti e inattese**) la cui esecuzione si rende necessaria all'atto della visita, possono riguardare qualsiasi branca specialistica; non possono essere prescritte visite di controllo né prestazioni uguali a quella effettuata.

I medici delle strutture accreditate non possono utilizzare il ricettario per prescrivere specialità medicinali.

Il medico deve utilizzare il ricettario a lui stesso attribuito, ad eccezione:

- i medici specializzandi devono utilizzare il ricettario in carico al medico tutor apponendo il doppio timbro e la loro firma;
- i medici che operano in sostituzione temporanea e occasionale di un medico di Medicina Generale o di un Pediatra di Libera Scelta devono utilizzare il ricettario del medico titolare apponendo il doppio timbro e la propria firma. In caso di sostituzioni istituzionalizzate dall'Azienda Sanitaria al medico sostituto dovrà essere attribuito un proprio ricettario;
- nel caso di medici dipendenti operanti in più sedi dell'azienda sanitaria (es. attività ospedaliera e presso distretto), dovranno essere attribuiti due diversi ricettari; sarà cura dell'Azienda Sanitaria apporre un timbro sulla copertina del ricettario al fine di facilitarne l'individuazione;
- nel caso di medici di medicina generale operanti in team o in nuclei di cure primarie, ogni medico dovrà utilizzare esclusivamente il proprio ricettario;
- ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a tempo indeterminato o di supplenza ufficialmente assegnata dalla Azienda Sanitaria è attribuito un ricettario personale;

- i medici reperibili in continuità assistenziale dovranno utilizzare, al momento della sostituzione, il ricettario del medico titolare che sostituiscono, apponendo il doppio timbro e la propria firma;
- i medici di medicina generale che operano in strutture protette o in RSA dovranno utilizzare il proprio ricettario anche nel caso di interventi in favore di pazienti di altro medico.

L'utilizzo del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale è inoltre escluso per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero – professionale intra o extra muraria.

## AMBITI DI UTILIZZO DEL RICETTARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.5

Il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale è utilizzabile esclusivamente per i seguenti ambiti di utilizzo, riferiti comunque a prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale (L.E.A.)<sup>2</sup>:

- richiesta di visita o di indagini specialistiche;
- proposta di ricovero ospedaliero o in R.S.A.;
- proposta di prestazioni specialistiche;
- prescrizione di trattamenti specialistici;
- prescrizione di specialità medicinali;
- prescrizioni di farmaci officinali o galenici;
- prescrizioni attinenti l'assistenza integrativa;
- proposta di cure termali;
- richiesta di trasporto sanitario in ambulanza;
- certificazioni previste dalle vigenti disposizioni.

1.6

## LIMITI DI PRESCRIVIBILITA' PER RICETTA

- Le prestazioni contenute in una singola impegnativa devono appartenere ad un'unica **branca specialistica** (così come sono suddivise nel Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni).
- Ciascuna ricetta **non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione** dalla partecipazione alla spesa e di altre prestazioni non erogabili in regime di esenzione
- Una singola impegnativa non può contenere più di **otto prestazioni** (da effettuarsi in una o più sedute).

Al fine della corretta applicazione del limite di n. 8 prestazioni per singola impegnativa, la prestazione "**prelievo**" - prelievo citologico (codice 91.48.4), prelievo di sangue arterioso (codice 91.48.5), prelievo di sangue capillare (codice 91.49.1), prelievo di sangue venoso (codice 91.49.2), prelievo microbiologico (codice 91.49.3<sup>3</sup>) - seppur specificata sulla impegnativa, non deve essere inclusa nel conteggio delle prestazioni.

<sup>2</sup> Per la definizione del concetto di L.E.A. si rimanda al capitolo 2.

<sup>3</sup> 91.493 Prelievo microbiologico: va riportato un unico codice anche in caso di prelievi molteplici

- Eccezione alle otto prestazioni è la prescrizione che prevede **cicli di terapie**.

➤ **1 CICLO:**

Tutte le branche specialistiche ad eccezione della Medicina Fisica e Riabilitativa

➤ **Massimo 3 CICLI:**

per la Medicina Fisica e Riabilitativa ogni ricetta può contenere **fino a un massimo di 3 cicli**, con l'eccezione di seguito specificata

➤ **Massimo 6 CICLI**

il Decreto Ministeriale 20.10.1998 dispone che, per la sola Medicina Fisica e Riabilitativa, possono essere prescritti cicli di terapie in numero **non superiore a sei cicli** per ciascuna ricetta, qualora risultino appropriati per il trattamento delle seguenti condizioni patologiche:

a) disabilità conseguenti a **patologie neurologiche** di origine traumatica, vascolare, neoplastica o iatrogena, in fase acuta o immediatamente post acuta, limitatamente ai **primi sessanta giorni** dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitazione;

b) disabilità temporanee secondarie a **patologie traumatiche od ortopediche** a carico della spalla, dell'anca, del ginocchio e del femore, del rachide e del bacino, in fase acuta, limitatamente ai **primi trenta giorni** dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitativa;

c) disabilità correlata agli **esiti di ustioni gravi** limitatamente ai **primi sessanta giorni** dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitativa;

d) disabilità secondarie **ad interventi chirurgici di mastectomia** con linfadenectomia ascellare e ad **interventi a carico dei visceri endotoracici**, in fase postacuta, limitatamente ai **primi sessanta giorni** dalla prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitativa;

e) disabilità secondarie a **gravi patologie osteoarticolari**, in fase acuta o di riacutizzazione, limitatamente ai **primi trenta giorni** dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitativa.

**Il numero di sedute per ogni ciclo**, che deve essere sempre specificato nella ricetta, è comunque espressamente **previsto dal nomenclatore tariffario**; laddove il numero di sedute non è previsto in ogni ricetta si possono prescrivere massimo otto sedute.



Ogni ciclo deve essere considerato come tale e non è assimilabile ad una prestazione specialistica.

Sull'impegnativa possono **essere prescritte altre prestazioni ulteriori al ciclo** (qualora comprenda meno di 8 sedute), attinenti alla medesima branca specialistica e fino alla concorrenza di un massimo di 8 prestazioni.

Le **valutazioni durante o alla fine dei cicli di riabilitazione** non vanno codificate; sono invece considerate visite successive quelle effettuate entro 30 giorni dalla fine del trattamento nei confronti dei soli pazienti affetti da menomazioni/disabilità a recente insorgenza (precedenti sei mesi) e che presentano una ridotta indipendenza nella attività della vita quotidiana e/o che sono impossibilitati a riprendere l'attività lavorativa.

## ACCESSO DIRETTO

Per accesso diretto si intende l'accesso alla prestazione **senza impegnativa**.

E' possibile accedere senza la ricetta del medico alle seguenti specialità (limitatamente alla visita):

- Odontoiatria
- Ginecologia
- Pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base)
- Psichiatria
- Neuropsichiatria infantile

e:

- Prestazioni optometriche
- Prestazioni dei Consultori familiari (rientranti nei compiti istituzionali dei medesimi)

L'accesso diretto è inoltre riconosciuto a particolari categorie di assistiti, in relazione alla loro condizione patologica:

- Per i soggetti affetti da *fibrosi cistica*: ai presidi di riferimento per la cura e prevenzione di tale malattia
- Per i pazienti *diabetici*: ai servizi di diabetologia
- Per i pazienti in *trattamento dialitico*: ai servizi di dialisi
- Per i *donatori* di sangue o di organo, ivi compresi i donatori di midollo: alle strutture che effettuano gli accertamenti in rapporto agli atti di donazione
- Per i pazienti *trapiantati e in attesa* di trapianto: alle strutture che effettuano prestazioni inerenti il trapianto
- Per i *tossicodipendenti*: al Dipartimento delle Dipendenze
- Per i soggetti affetti da *HIV o sospetti* di esserlo: alle strutture di prevenzione e ai centri di riferimento specialistici.

## PRIMA VISITA E CONTROLLO

La **prima visita** è la visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda). Sono, inoltre, considerate prime visite quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed un aggiustamento della terapia.

Il nomenclatore tariffario prevede cinque codifiche diverse per la prima visita:

89.7	Visita generale
89.13	Visita neurologica
89.26	Visita ginecologica (ostretico-ginecologica-andrologica)
95.02	Esame complessivo dell'occhio (visita oculistica)
94.19.1	Colloquio psichiatrico (visita psichiatrica)

Qualora si tratti di prescrizione di visita generale, il medico prescrivente deve specificare di che tipo di visita si tratta (cardiologica, dermatologica, fisiatrica etc..).

La **visita successiva o di controllo** rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata,

**indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.**

Il nomenclatore tariffario prevede due codifiche diverse per i controlli:

89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi  
94.12.1 Visita psichiatrica di controllo

Se il paziente si presenta nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste sono considerate entrambe prime visite anche se riguardano lo stesso problema; viceversa se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente) [DGR 531/2006]

## **PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI DA PARTE DELLO SPECIALISTA**

1.9

Se lo **specialista** ritiene indispensabile l'esecuzione di ulteriori prestazioni dovrà **formulare personalmente** le relative richieste se erogabili entro 30 giorni, avendo cura di non modificare o correggere in alcun modo la ricetta originale del medico prescrivente / proponente.

Le richieste di cui sopra, erogabili oltre i 30 giorni, dovranno essere formulate dal **medico di medicina generale** su indicazione dello specialista.

Fa eccezione lo **specialista ortopedico** che al momento della applicazione del gesso può prescrivere la rimozione dello stesso e le radiografie di controllo anche se erogabili oltre i 30 giorni.

Lo specialista può integrare la prescrizione del medico di medicina generale o di altro specialista solamente in caso di prestazioni effettuate contestualmente alla prestazione inizialmente prescritta al fine di rispondere al quesito diagnostico, come descritto nel paragrafo che segue.

(Accordo Nazionale 20/01/2005 e DGR 17/03/2006)

## **PRESCRIZIONE DI "PRESTAZIONI INTEGRATIVE"**

1.10

Sono considerate prestazioni integrative le **prestazioni** aggiuntive **eseguite contestualmente** alla prestazione richiesta.

Le prestazioni integrative sono prescritte attraverso modulo predisposto *ad hoc*, a mezzo timbro oppure utilizzando il modello aggiuntivo della ricetta.

Per essere considerate integrative e poter essere prescritte nel modo sopra descritto le prestazioni:

- devono essere indispensabili per fornire la risposta al quesito diagnostico
- devono essere effettuate nella stessa sede della prestazione richiesta;
- devono essere della stessa branca specialistica della prestazione richiesta;
- non possono essere di numero superiore a 8 compresa la prestazione richiesta.

Le prestazioni aggiuntive non possono essere prescritte sulla stessa ricetta della prestazione richiesta perché **l'impegnativa non può essere modificata o corretta in alcun modo** se non dal medico che l'ha sottoscritta.

Qualora l'urgenza del quadro clinico lo renda necessario, lo specialista può integrare la prestazione richiesta anche con una **prestazione terapeutica** purché la stessa costituisca il solo intervento urgente, non differibile, non avente carattere ripetitivo ed



eseguito contestualmente alla prestazione ambulatoriale inizialmente richiesta.

## Visita odontostomatologica e “piano di cura”

Se nel corso della visita odontostomatologica lo specialista ravvisa la necessità di stillare un “piano di cura”, le prestazioni previste nel piano di cura vanno prescritte su una nuova impegnativa.

Qualora nel corso delle prestazioni individuate dal “piano di cura”, redatto in sede di prima visita, emerga la necessità, in base alla valutazione del medico, di procedere a prestazioni ulteriori, è possibile aggiungere le ulteriori prestazioni, sulla medesima ricetta fino alla concorrenza di otto prestazioni (comprese quelle prescritte all’atto della redazione).

Se, nella sede di prima visita, vengano eseguite delle prestazioni (come p.e. estrazione di dente, medicazione) le stesse sono considerate **come integrative rispetto alla vista specialistica**.

Se invece la visita è stata effettuata in accesso diretto (senza impegnativa), le prestazioni integrative vanno riportate su una **nuova impegnativa**.

**L’ablazione del tartaro** 96.54.1, qualora eseguita in sede di prima visita, non può considerarsi prestazione integrativa in quanto non presenta le caratteristiche richieste per le prestazioni integrative; pertanto se eseguita in sede di prima visita dovrà essere compilata comunque una nuova impegnativa.

## PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE

Si tratta in genere di prestazioni altamente innovative e che non rientrano nei sistemi di compensazione regionale; l’autorizzazione verrà rilasciata dalla struttura preposta apponendo un timbro, nell’apposito spazio, sul retro della ricetta.

Al termine dell’esecuzione della prestazione il verso della ricetta **deve essere firmato sia dal medico che esegue la prestazione sia dall’assistito che riceve la prestazione**.

<b>Firma medico</b> <small>FIRMA DEL MEDICO</small>	<b>Firma assistito</b> <small>FIRMA DELL'ASSISTITO</small>	<small>AUTORIZZAZIONE/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA</small> <b>Timbro della Struttura che AUTORIZZA</b> <small>FIRMA DEL FARMACISTA</small>
<small>ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI</small>		
<small>1) La ricetta è spendibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle estere regionali di confine accreditate.  2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.  3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno o nei giorni chiusi, il diritto addizionale, previsto dalla tariffa nazionale, è a carico dell’assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di guardia medica.  4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.  L’attestazione del diritto all’assistenza è certificata esclusivamente dal medico prescrittore (legge 630/03)</small>		



Tale spazio viene utilizzato anche per annotazioni (controfirmate) da parte del farmacista.

# 2

## PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO: LEA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA



Sono definiti **Livelli Essenziali di Assistenza** le prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e prescrivibili su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

Rientrano nei LEA le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impegnate.

Per quanto riguarda specificamente l'attività ambulatoriale rientrano nei LEA tutte **le prestazioni previste dal Nomenclatore Tariffario** con le limitazioni e condizioni di seguito specificate.

Le prestazioni LEA sono erogate secondo le vigenti regole di **compartecipazione alla spesa sanitaria** (pagamento del ticket a meno che non esente per patologia o reddito).

### PRESTAZIONI TOTALMENTE ESCLUSE DAI LEA

2.1

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura 99.92 – fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche 99.91 – fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge:
  - certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, per età superiore ai 18 anni,
  - rilascio porto d'armi
  - guida veicoli
  - imbarcazioni e navi da diporto
  - attività di volo da diporto o sportivo
  - conduzione caldaie o generatori di vapori
  - rilascio libretti sanitari (il rinnovo è invece gratuito)
  - impiego gas tossici
  - esenzione cinture di sicurezza
  - idoneità fisica al servizio

**Le prestazioni ambulatoriali richieste a corredo del certificato devono essere prescritte su ricetta bianca.**

- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale:
- 93.31.3 idromassoterapia
  - 93.33.1 – 93.33.2 ginnastica vascolare in acqua
  - 93.34.1 diatermia a onde corte (Marconi terapia) e microonde (radarterapia)
  - 93.35.1 agopuntura con moxa revulsivante,
  - 93.35.4 ipertermia NAS,
  - 93.39.1 massoterapia distrettuale riflessogena,
  - 93.39.3 pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente,
  - 93.43.1 trazione scheletrica,
  - 99.27 ionoforesi,
  - 99. 88 fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

## PRESTAZIONI PARZIALMENTE ESCLUSE DAI LEA

2.2

Alcune prestazioni rientrano nei LEA solo se richieste a fronte di specifiche indicazioni cliniche individuate da specifica disposizione regionale.



La richiesta della prestazione va redatta sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale **solo per pazienti residenti nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia**, mentre **in caso di non residenti**, la richiesta va formulata su ricetta bianca e **la prestazione è a totale carico del paziente**.

- a) **assistenza odontoiatrica** per i cittadini non residenti in Regione può essere erogata limitatamente alle fasce di utenti in condizioni di particolare vulnerabilità (handicap grave, malattia mentale, tossicodipendenza);
- b) **densitometria ossea** con tecnica di assorbimento a raggi X (**88.99.2 – 88.99.3**) ad intervalli di tempo non inferiori ai 18 mesi, limitatamente ai soggetti che presentano i seguenti fattori di rischio.

L'INDAGINE DENSITOMETRICA E' INDICATA IN PRESENZA DI UNO DEI SEGUENTI FATTORI DI RISCHIO MAGGIORI:

- 1) Per i 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 previste):
    - cortico-steroidi sistemici (per più di tre mesi a posologie  $\geq 5$  mg/die di equivalente prednisonico);
    - levotiroxina (a dosi soppressive);
    - antiepilettici;
    - anticoagulanti (eparina);
    - immunosoppressori;
    - antiretrovirali;
    - sali di litio;
    - agonisti del GnRH;
    - chemioterapia in età pediatrica (la chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori)
    - radioterapia in età pediatrica (la radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata 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 (> tre mesi);
- paralisi cerebrale, distrofia muscolare, artrofia muscolare e spinale.

**2) Limitatamente alle donne in menopausa**

- anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore ai 75 anni;
- menopausa prima di 45 anni;
- magrezza: indice di massa corporea < 19 kg/m<sup>2</sup>

L'INDAGINE DENSITOMETRICA E', INOLTRE, INDICATA IN PRESENZA DI 3 O PIÙ FATTORI DI RISCHIO MINORI:

**1) per le donne in menopausa**

- età superiore a 65 anni;
- anamnesi familiare per severa osteoporosi;
- periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale;
- inadeguato apporto di calcio (>1200 mmg/die);
- fumo >20 sigarette / die;
- abuso alcolico (>60 g/die di alcool)

**2) per gli uomini di età superiore a 60 anni:**

- anamnesi familiare per severa osteoporosi;
- magrezza (indice di massa corporea <19 Kg / m<sup>2</sup>)
- inadeguato apporto di calcio (<1200 mmg/die);
- fumo > 20 sigarette / die;
- abuso alcolico (>60 g/die di alcool).

**c) laserterapia antalgica (99.99.1)**

- Tendinopatie comportanti una limitazione motoria e/o funzionale dell'arto interessato;

**d) elettroterapia antalgica (93.39.4 - 93.39.5):**

- Dolore neurogenico
- Sindromi dolorose post traumatiche o post operatorie (entro 90 giorni all'evento lesivo o dall'intervento)
- Dolore muscolo-scheletrico cronico (1 ciclo terapeutico/anno);

**e) Ultrasuonoterapia (93.39.9):**

- In preparazione ed in abbinamento all'esercizio terapeutico nelle menomazioni/disabilità conseguenti a patologie osteo-mio-articolari traumatiche e non traumatiche, acute ed immediatamente post-acute (per post-acute si intende un limite temporale di 60 giorni dall'esordio dell'evento)

lesivo)

L'**artrosi non** è da considerarsi compresa nelle patologie osteo-mio-articolari non traumatiche.

Qualora l'esercizio terapeutico risulti prescritto su impegnativa che già riporta il *numero massimo di cicli previsti per impegnativa*, il ciclo di ultrasonoterapia (max 10 sedute) va prescritto su una nuova impegnativa.

- Sindrome del tunnel carpale;

f) **Mesoterapia (99.29.7):**

- Tendinopatie
- Traumi muscolo – scheletrici entro 15 giorni dall'esordio;

g) **esercizio assistito in acqua (93.31.1 – 93.31.2)**

erogabile limitatamente a menomazioni – disabilità secondarie relative a:

- Patologie osteo-mio-articolari traumatiche (con periodi di immobilizzazione maggiore o uguale a 45 giorni ed entro 120 giorni dall'esordio della lesione);
- Esiti di interventi ortopedici su articolazioni maggiori (entro 90 giorni dall'intervento);
- Esiti di erniectomia discale (entro 60 giorni dall'intervento);
- Patologie del sistema nervoso centrale e periferico (quali: mielolesioni, cerebrolesioni congenite o acquisite, sclerosi multipla, distrofie muscolari, mono-polineuropatie periferiche post-traumatiche e poliradicoloneuriti);
- Spondilite anchilosante;

h) **chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri (11.99.2 – 11.99.3)** erogabile limitatamente a:

- anisometropia superiore a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametrope con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale;
- astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie;
- ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi;
- PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva;
- Esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, dovrà essere rilasciata da una struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.

i) **fotobalneoterapia Tomesa (99.83.1)** ciclo di 15 sedute: erogata a pazienti affetti da psoriasi e dermatite atopica (codice esenzione 045)

j) **Altra agopuntura (99.92)** erogabili per il trattamento di sindromi algiche (codice esenzione **TDL01**)

Le seguenti certificazioni sono gratuite:

- certificazioni richieste dalla istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico
- certificati per partecipazione a giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale
- certificazioni di idoneità ai diversamente abili di ogni età alla pratica sportiva agonistica non professionistica
- certificazioni per minori di anni 18 idoneità pratica sportiva agonistica non professionistica
- certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori
- certificazione di idoneità al servizio civile
- contrassegni libera circolazione per invalidi
- certificazioni di astensione anticipata o idoneità allo svolgimento di particolari mansioni a tutela della maternità
- visite fiscali a lavoratori assenti per malattia (a pagamento se richieste da enti pubblici economici)
- certificati di vaccinazione (vedi paragrafo successivo)
- prestazioni necessarie a corredo del certificato, che sono prescritte riportando il codice di esenzione I01:



### Certificati per l'esercizio di attività sportiva

#### 2.3.1

- **Certificato di idoneità sportiva non agonistica**

E' obbligatorio per i praticanti attività sportive non agonistiche ed è rilasciato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, relativamente ai propri assistiti o dal medico specialista di medicina dello sport o dal medico della federazione medico sportiva italiana del CONI a tariffazione in regime libero professionale.

- alunni che svolgono attività fisico – sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche (gratuito);
- coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale;
- coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline

associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del DM 18/02/1982.

L'educazione fisica come materia scolastica curriculare è obbligatoria per tutti gli studenti senza alcuna necessità di certificazione medica, che potrà essere richiesta qualora sia necessario l'esonero all'attività.

Il certificato di attività sportiva non agonistica, redatto secondo lo schema previsto dal DM 24/04/2013, è generico, cioè non vi è indicazione dello sport praticato. Un unico certificato permette quindi la pratica di diversi sport non agonistici. Il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data del rilascio.

**\* DM 08/08/2014:**

Ai fini del rilascio del certificato sono necessari l'anamnesi e l'esame obiettivo, completo della misurazione della pressione arteriosa e l'ECG effettuato almeno una volta nella vita e con periodicità annuale per coloro che hanno superato i 60 anni di età e che associano altri fattori di rischio cardiovascolare e per coloro che hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumentato rischio cardiovascolare.

Il medico certificatore tenuto conto delle evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate, si può avvalere anche di una prova da sforzo massimale e di altri accertamenti mirati agli specifici problemi di salute, Nei casi di dubbi il medico certificatore si avvale della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista per branca.

Per le attività di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (anche a partecipazione di non tesserati), patrocinate da Federazioni sportive, discipline associate, o da Enti di promozione sportiva, quali manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe, il controllo medico comprende la rilevazione della pressione arteriosa, un elettrocardiogramma basale, uno step test o un test ergometrico con monitoraggio della attività cardiaca e altri accertamenti che il medico certificatore riterrà necessario per i singoli casi.

- **Certificati di idoneità sportiva agonistica (non professionisti)**

La redazione del certificato è demandata esclusivamente al medico **specialista in medicina dello sport** operante nelle strutture pubbliche (nella Provincia di Trieste presso il Centro Cardiovascolare) o in quelle private autorizzate.

Coloro che praticano attività agonistica devono sottoporsi preventivamente e periodicamente al controllo dell'idoneità specifica dello sport che intendono svolgere o svolgono.

Il certificato di idoneità sportiva agonistica è specifico in quanto deve indicare lo sport per cui l'idoneità è stata concessa. Deve essere utilizzato solo ai fini della pratica dello sport indicato.

Nel corso della medesima visita di idoneità lo specialista può rilasciare tanti certificati quanti sono gli sport praticati.

La visita sarà effettuata con periodicità annuale e sarà comprensiva di tutte le indagini contemplate nei singoli sport.

Ai fini del riconoscimento dell'idoneità specifica ai singoli sport i soggetti interessati devono sottoporsi agli accertamenti sanitari previsti, in rapporto allo sport praticato, nelle tabelle A e B di cui al DM 18/02/1982 e s.m.e.i. ( di seguito riportate)

Il rilascio del Certificato non rientra nei LEA ed è assoggettato a tariffazione, tranne per i soggetti di età inferiore agli anni 18 ed agli atleti diversamente abili di qualunque età per i quali la certificazione è gratuita.



- **Scheda sanitaria per attività sportiva agonistica professionistica**

L'attività sportiva professionistica è subordinata al possesso da parte dell'atleta della "scheda sanitaria".

Per le federazioni nazionali è prevista la figura del medico federale e sociale - munito della specializzazione in medicina dello sport – che è il responsabile sanitario della società.

Nei confronti dei professionisti autonomi la scheda è redatta dal medico di fiducia dell'atleta, scelto tra i medici specialisti in medicina dello sport autorizzati.

- **Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria**

Non sussiste l'obbligo di certificazione per attività ludico-motoria e amatoriale.

\* \* \*

Gli esami di approfondimento diagnostico prescritti su ricetta rossa possono erogati anche dalle strutture accreditate.

Per i minori stranieri soggiornanti sul territorio nazionale, anche irregolari, non è obbligatorio esibire i documenti inerenti al soggiorno (permesso di soggiorno e similari).

Certificato	Costo certificato	Prestazioni aggiuntive
<b>Non agonisti</b> (DM 24/04/2013 e sm)	Richiesti da istituzioni scolastiche e per partecipazione a giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale (Anamnesi, misurazione PA ed ECG secondo protocolli) <b>Certificato Gratuito</b>	Esenzione I 01 *prestazioni DM 08/08/2014
	Per attività organizzate da CONI o società affiliate a Federazioni o enti di promozione sportiva (Anamnesi, misurazione PA ed ECG secondo protocolli) <b>Certificato Tariffa Libero Profess.</b>	Pagamento tariffa intera *prestazioni DM 08/08/2014
<b>Agonisti non professionisti</b> (DM 18/02/1982)	Minori di anni 18 e diversamente abili di ogni età: <b>Certificato gratuito</b>	Esenzione I 01
	Sport Tabella A (Visita, esame urine, ECG) <b>Costo Certificato: €37,98</b>	Tariffa Ticket/Altra esenzione
	Sport Tabella B (visita, esame urine, ECG, step test, spirometria) <b>Costo Certificato: €52,15</b>	Tariffa Ticket/Altra esenzione
	Sport Tabella B con test da sforzo (visita, esame urine, spirometria, ECG, test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro) <b>Costo certificato: €81,90</b>	Tariffa Ticket/Altra esenzione
<b>Agonisti professionisti</b> (DM 13/03/1995)	Scheda sanitaria a carico società	Pagamento tariffa intera

## Medicina Sportiva – Agonisti non professionisti

Nota: Sono di seguito riportate le TABELLE A e B  
prive delle specificazioni di settore e delle linee guida cliniche

### TABELLA A

Accertamenti sempre richiesti per gli sport della tabella A:

- **VISITA MEDICA**
- **ESAME COMPLETO DELLE URINE**
- **ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO (ECG)**

Sport	Periodicità	Esami Specialistici Integrativi
Automobilismo (velocità, rally, autocross, rallycross)	1	<ul style="list-style-type: none"><li>● Esame neurologico</li><li>● EEG nel corso di prima visita</li><li>● Visita oculistica</li></ul>
Automobilismo (regolarità nazionale e slalom nazionale)	2	<ul style="list-style-type: none"><li>● Visita oculistica</li></ul>
Automobilismo Karting	1	
Bocce, biliardo sportivo, bowling	2	
Curling e birilli su ghiaccio	2	
Bridge, Dama e Scacchi	2	
Caccia	1	Esame otorinolaringoiatrico con audiometria
Giochi e sport tradizionali (escluso tiro alla fune)	1	
Golf	2	
Motociclismo (velocità)	1	<ul style="list-style-type: none"><li>● Esame neurologico</li><li>● EEG nel corso di prima visita</li></ul>
Motonautica	1	<ul style="list-style-type: none"><li>● Esame neurologico</li><li>● EEG nel corso di prima visita</li></ul>
Palla corda	2	
Pesca sportiva	1	
Slittino (pista naturale)	1	
Tamburello	2	
Tiro con l'arco	2	
Tiro a segno	1	Esame otorinolaringoiatrico con audiometria
Tiro a volo	1	Esame otorinolaringoiatrico con audiometria
Twirling	1	

## Medicina Sportiva – Agonisti non professionisti

### TABELLA B

Accertamenti sempre richiesti per gli sport della tabella B:

- **VISITA MEDICA**
- **ESAME COMPLETO DELLE URINE**
- **ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO E DOPO SFORZO**
- **SPIROGRAFIA**

Sport	Periodicità	Esami Specialistici Integrativi
Aerobica agonistica	1	
Aerosport	1	
Arrampicata sportiva	1	
Atletica leggera e triathlon	1	
Badminton	1	
Baseball, Softball e Cricket	1	
Biathlon	1	Esame otorinolaringoiatrico con audiometria
Bob	1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esame neurologico</li><li>• EEG nel corso di prima visita</li></ul>
Bocce prove velocità	1	
Body Building e pesistica	1	
Calcio	1	
Canoa	1	
Canotaggio	1	
Ciclismo	1	
Corsa e duathlon	1	
Danza Classica e sportiva		
Ginnastica, ginnastica artistica e ritmica, giochi e sport tradizionali (compreso tiro alla fune)	1	
Hockey e pattinaggio a rotelle e su ghiaccio	1	
Hockey su prato e "en salle"	1	
Ippica	1	
Lotta, Judo, Karate, Aikido, Ju-Jitsu, Sumo, Teakwondo, Wushu Kung Fu – Taolu, Wushu Kung fu - Tajiciquan	1	
Motociclismo (minicross, motocross, enduro, trial, speedway, motard, minimoto) e motoslitta	1	
Nuoto e Acquathlon	1	
Pallacanestro	1	
Pallamano e beach handball	1	
Pallanuoto	1	
Pallapugno	1	
Pallavolo e beach volley	1	
Pentathlon moderno	1	

Sport	Periodicità	Esami Specialistici Integrativi
Pugilato, Full Contact, Kick Boxing donne	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esame neurologico</li> <li>• esame oculistico con videat fundus oculi</li> <li>• esame otorinolaringoiatrico con audiometria</li> <li>• ECG nel corso di prima visita e in occasione di cui al punto D delle note esplicative</li> <li>• Accertamento cromosomico sesso (prima visita)</li> <li>• Ecografia mammaria</li> <li>• Esame mammografico</li> <li>• Visita senologica</li> </ul>
Pugilato, Full Contact, Kick Boxing, Low Kich, Muay Thai, Savate, Wushu Kung fu – Sanshou, uomini	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esame neurologico</li> <li>• esame oculistico con videat fundus oculi</li> <li>• esame otorinolaringoiatrico con audiometria</li> <li>• ECG nel corso di prima visita e in occasione di cui al punto D delle note esplicative</li> </ul>
Rugby, football americano, flag football	1	
Salvamento – assistente bagnanti	1	Esame oculistico
Scherma, Kendo	1	
Skateboard	1	
Sci alpino – discesa libera, sci combinata – salto speciale	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame neurologico</li> <li>• EEG nel corso di prima visita</li> </ul>
Slalom speciale e gigante	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame neurologico periodico</li> </ul>
Sci da fondo, Ski Archery e Skiroll	1	
Sci nautico, surf e windsurf	1	
Slittino e Skeleton		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame neurologico</li> <li>• EEG nel corso di prima visita</li> </ul>
Slalom speciale gigante ‘	1	Esame neurologico
Sport del ghiaccio (curling, birilli, figura, velocità)	1	
Sport equestri (dressage, salto, completo volteggio, polo, pony games, team penning)	1	
Sport subacquei	1	Esame otorinolaringoiatrico
Tennis, tennis da tavolo, badminton, squash, tamburello	1	
Trampolino elastico	1	
Tuffi e paracadutismo	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esame neurologico</li> <li>• esame otorinolaringoiatrico con audiometria</li> <li>• ECG nel corso di prima visita</li> </ul>
Vela	1	
Volo da diporto e sportivo	2 1 over 40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campo visivo</li> <li>• Esame oculistico</li> <li>• Esame otorinolaringoiatrico con audiometria</li> <li>• Prove vestibolari</li> </ul>

### ✓ **Certificato di vaccinazione**

Il certificato di vaccinazione rappresenta la stampa dei dati vaccinali di ogni residente nel territorio della ASS n1 Triestina e viene rilasciato in forma gratuita.

### ✓ **Vaccinazioni obbligatorie**

Le vaccinazioni obbligatorie sono erogate in forma gratuita.

**Difterite**, Il ciclo di base è costituito da tre dosi di vaccino, da praticare entro il primo anno di vita del bambino (al 3°, 5° e 12° mese) contemporaneamente alle altre vaccinazioni infantili, seguite da due richiami rispettivamente a 5-6 anni, e tra 11 e 15 anni. Ulteriori richiami sono raccomandati a cadenza decennale.

Il vaccino antidifterico è solitamente combinato con il vaccino antitetanico (DT), al quale si accomuna per modo e calendario di somministrazione, e con il vaccino antipertossico acellulare (DTaP).

Per l'immunizzazione dei nuovi nati, di solito oggi, viene utilizzato il vaccino esavalente che oltre a proteggere contro la difterite previene anche il tetano, la poliomielite, l'epatite virale B, la pertosse e le infezioni invasive da HIB. Anche per gli adulti, il ciclo di base comprende tre dosi di cui le prime due praticate a distanza di circa due mesi l'una dall'altra e la terza a distanza di 6-12 mesi dalla seconda. I richiami sono previsti ogni 10 anni

**Tetano**, tre dosi di vaccino, da praticare entro il primo anno di vita del bambino (al 3°, 5° e 12° mese). Una dose di richiamo (associata con le componenti contro la difterite e la pertosse - DTaP) viene eseguita nel 5-6° anno e un'altra a 12-15 anni (tetano, difterite a ridotto contenuto di anatoxina e pertosse - Tdap).

Il vaccino antitetanico è costituito da anatoxina tetanica, cioè dalla tossina originaria resa innocua mediante procedimenti chimici che conservano però la sua capacità di stimolare la produzione di anticorpi protettivi.

Il vaccino antitetanico è solitamente combinato con il vaccino antidifterico, al quale si accomuna per modo e calendario di somministrazione, e con il vaccino antipertossico acellulare (DTaP).

Per l'immunizzazione dei nuovi nati, di solito oggi, viene utilizzato il vaccino esavalente che oltre a proteggere contro il tetano previene anche la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B, la pertosse e le infezioni invasive da HIB.

La vaccinazione **antitetanica** è obbligatoria, oltre che per tutti gli sportivi affiliati al CONI, per i lavoratori agricoli, i metalmeccanici, gli operatori ecologici, gli stradini, i minatori e gli sterratori etc., secondo l'elenco riportato nella Legge del 5 marzo 1963, n. 292.

**Poliomielite**, tre dosi di vaccino inattivato SALK nel primo anno di vita (mesi 3-5-12) seguite da un richiamo che va praticato tra il 5° e il 6° anno di vita insieme al richiamo del vaccino antidifterico-tetanico-pertossico e della seconda dose di antimorbillo-rosolia-parotite

**Epatite virale B**, tre dosi di vaccino al 3°, 5° e tra l'11° e il 12° mese di vita.

### ✓ **Vaccinazioni raccomandate e altre vaccinazioni**

Sono erogati in forma gratuita:

**Influenza** per le seguenti categorie a rischio:

1. Soggetti di età pari o superiore a 65 anni
2. Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti affetti da:
  - malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio
  - malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite

- diabete mellito e altre malattie metaboliche
  - malattie renali con insufficienza renale
  - malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
  - tumori
  - malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
  - malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
  - patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
  - patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari)
3. Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale
  4. Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza
  5. Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
  6. Medici e personale sanitario di assistenza
  7. Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio
  8. Soggetti addetti a servizi di primario interesse collettivo:
    - Forze armate
    - Forze di polizia inclusa la polizia municipale
    - Vigili del fuoco e personale della protezione civile
    - Addetti poste e telecomunicazioni
    - Volontari servizi sanitari di emergenza
    - Personale di assistenza case di riposo, personale di assistenza ad anziani a domicilio, personale degli asili nido, di scuole
  9. Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali

### **Varicella**

Agli adolescenti suscettibili, senza ricordo anamnestico della malattia, all'età di 12 –15 anni con somministrazione di due dosi distanziate di un mese l'una dall'altra.

E per le seguenti categorie a rischio:

a. donne in età fertile senza precedenti di varicella (prevenzione varicella congenita) parallelamente alla ricerca

effettuata nei confronti delle suscettibili per rosolia

b. soggetti senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio: leucemia linfatica acuta in

remissione, insufficienza renale cronica e trapianti renali, persone con infezione da HIV senza segni di

immunodeficienza e con una proporzione di CD4 >25 %

c. soggetti suscettibili che vivono con persone immunodepresse quali: persone con AIDS o altre manifestazioni

cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possono alterare i meccanismi immunitari (leucemie, linfomi, neoplasie

che interessano il midollo osseo o il sistema linfatico), con deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia o

disgammaglobulinemia o in trattamento immunosoppressore di lunga durata

d. lavoratori suscettibili che operano negli asili nido, scuole materne e comunità della prima infanzia, scuole primarie,

scuole secondarie

e. persone suscettibili che lavorano in ambiente sanitario. Prioritariamente la vaccinazione dovrebbe essere eseguita

al personale sanitario che è a contatto con i bambini o con le persone immunodepresse

### **Morbillo – parotite - rosolia**

La vaccinazione contro il morbillo-parotite e rosolia consta di due dosi, per via sottocutanea, di cui la prima al 13°-15° mese, e la seconda a 5-6 anni.

## Papilloma virus umano (HPV)

Le ragazze interessate sono raggiunte tramite lettera-invito a partire dal 12° anno di vita. Il ciclo prevede 3 dosi (ai mesi 0,2,6). La vaccinazione è gratuita per le aventi diritto (appartenenti alle coorti sopra individuate) mentre è prevista la partecipazione alla spesa (vale a dire al prezzo di costo), nelle donne che non rientrano nel programma oltre i 18 anni di età, su richiesta dei genitori.

## Meningococco

La vaccinazione coniugata contro il meningococco di tipo C è raccomandata ai soggetti ad alto rischio per le infezioni da meningococco come le persone affette dalle seguenti malattie:

- asplenia funzionale o anatomica;
- alcune immunodeficienze congenite (deficit del complemento)

La vaccinazione è inoltre raccomandata alle persone che si recano in zone dove la malattia è molto frequente, spesso con gravi epidemie, come ad esempio la zona sub sahariana dell’Africa.

## Pneumococco

La vaccinazione è raccomandata nei bambini al di sotto dei 59 mesi di età ed alle persone che appartengono a gruppi ad alto rischio di avere una forma invasiva da pneumococco: bambini e adulti affetti dalle seguenti malattie:

- anemia falciforme e talassemia;
- asplenia funzionale e anatomica;
- infezione da HIV;
- portatori di impianto cocleare o candidati all’impianto;
- diabete mellito;
- malattie broncopolmonari croniche;
- insufficienza renale e sindrome nefrosica;
- malattie cardiovascolari croniche;
- alcune immunodeficienze congenite;
- malattie epatiche coniche;
- perdite di liquido cerebrospinale;
- interventi chirurgici che espongono ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco.

La vaccinazione è raccomandata anche alle persone di età superiore a 65 anni.

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	12-15 anni
DTP		DTaP	DTaP	DTaP			DTaP	Tdap
IPV		IPV	IPV	IPV			IPV	
Epatite B	HB	HB	HB	HB				
Hib		Hib	Hib	Hib				
PCV		PCV	PCV	PCV				
MPR					MPR I°		MPR II° dose	
Men C					Men C			Men C
Varicella								Varicella

# 3

## ESENZIONI DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

Il cittadini non esenti pagano le prestazioni ambulatoriali fino alla concorrenza massima di 36,00 euro per ricetta (qualora l'importo risulti superiore a detta cifra) più 10,00 euro per ricetta di quota fissa.

I cittadini esenti invece sono esenti anche dalla quota fissa.

3.1

### ESENZIONI PER "REDDITO"

#### Esenzioni per età e status

3.1.1

Il diritto all'esenzione può essere esercitato da coloro che si trovano in una delle seguenti condizioni, certificate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che invia i dati alle Aziende Sanitarie:

- 1) età inferiore a 6 anni o superiore a 65 anni, appartenente a un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 36.151,98 Euro (codice esenzione **E01**);
- 2) disoccupato e familiari a carico, purché appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 Euro per persona singola, reddito che va aumentato fino a 11.362,05 Euro in presenza del coniuge, e di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico (codice esenzione **E02**);
- 3) titolare di pensione sociale e familiari a carico (codice esenzione **E03**).
- 4) età superiore a 60 anni, titolare di pensione al minimo e familiari a carico, purché appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 Euro per persona singola, reddito che va aumentato fino a 11.362,05 Euro, in presenza del coniuge, e di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico (codice esenzione **E04**);

La distribuzione del certificato di esenzione MEF è a cura dell'azienda sanitaria di residenza.

**Il certificato rilasciato dal MEF viene automaticamente prorogato alla scadenza.**

Qualora il cittadino ritenga di aver diritto alla esenzione ma non è presente nell'elenco del MEF può recarsi allo sportello CUP e sottoscrivere un'autocertificazione che sarà sottoposta a verifica.

**L'autocertificazione invece scade ogni anno.**



Il codice di esenzione va riportato, **a cura del medico prescrittore**, nello spazio relativo alle esenzioni.

**IL MEDICO**  
Compila qui



### Esenzioni per stranieri “richiedenti asilo”

3.1.2

Lo straniero **richiedente** asilo politico o umanitario è equiparato al “disoccupato” – di cui al precedente paragrafo punto 3) – al quale si rimanda.

L'autocertificazione circa il reddito prodotto deve essere sottoscritta presso gli sportelli amministrativi distrettuali all'atto del rilascio della tessera sanitaria, sulla quale verrà apposto il timbro “**esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria (codice E02)**”.

### Esenzioni per STP e ENI

3.2.2

Il codice **STP** (Stranieri Temporaneamente Presenti) viene rilasciato allo straniero presente sul territorio nazionale privo del permesso di soggiorno e, qualora seguito da una dichiarazione di indigenza, viene utilizzato per ricevere cure urgenti ed essenziali (il carattere di urgenza ed essenzialità deve essere riportato a cura del medico nel quesito diagnostico) a parità di condizioni con il cittadino iscritto per quanto riguarda la partecipazione alla spesa.

Quindi deve in ogni caso **corrispondere il ticket dovuto**, al pari del cittadino iscritto è esonerato per condizioni di patologia e per età/condizione anagrafica (età inferiore ai 6 anni o superiore ai 65 anni).

Qualora non avesse risorse economiche sufficienti è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione da effettuarsi presso gli sportelli CUP o al momento dell'accettazione, il **codice di esenzione X01** che vale **esclusivamente per la prestazione trattata**.

Ai Cittadini dell'Unione Europea, non residenti sul territorio nazionale e che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza sono in ogni caso tenuti a pagare in toto la prestazione che viene loro erogata.

Qualora impossibilitati a pagare perché indigenti viene rilasciato un tesserino con il codice **ENI** (Europeo non Iscritto) e saranno anno garantite le cure urgenti ed essenziali al pari dei cittadini STP, quindi in ogni caso previa corresponsione del ticket dovuto.

## ESENZIONI PER "PATOLOGIA"

Per poter fruire dell'esenzione per "patologia" l'assistito deve presentare agli sportelli amministrativi distrettuali della A.S.L. di residenza:

- ◆ per le **malattie croniche e invalidanti** l'apposito certificato redatto dal *medico specialista* (afferente a struttura pubblica anche riconosciuta in ambito dell'Unione europea) che riscontra la patologia in atto; il certificato può essere redatto direttamente dal *medico di medicina generale* limitatamente alle patologie contraddistinte dal codice 031 e 013 e per l'eventuale rinnovo del diritto all'esenzione relativamente alle seguenti patologie: 002A, 002B, 002C.  
Ai fini del riconoscimento del diritto sono altresì validi:
  - le certificazioni rilasciate da commissioni mediche degli ospedali militari;
  - la copia della cartella clinica;
  - la copia del verbale redatto ai fini del riconoscimento di invalidità;
  - la copia della cartella clinica rilasciata da Istituti di ricovero accreditati e operanti nell'ambito del SSN, previa valutazione del medico del distretto.
- ◆ per le **malattie rare** l'apposito certificato redatto dal *medico specialista del Presidio di Rete* riconosciuto dalla Regione.
- ◆ per forme di **invalidità** l'apposito verbale della *commissione medica*.

Il diritto all'esenzione per "patologia" deve essere sempre attestato dal medico prescrivente nelle apposite caselle riportate sulla ricetta.

In particolare:

- le prime tre caselle sono destinate alla indicazione del **codice nazionale** della tipologia di esenzione (malattie croniche e invalidanti e malattie rare);
- le seconde tre caselle (ombreggiate) sono destinate all'indicazione di eventuali **codici regionali** della tipologia di esenzione (invalidità, screening, etc.).

In assenza di esenzioni il medico prescrivente deve annullare mediante biffatura il relativo riquadro.

Assenza di esenzioni, esempio di biffatura:

Il diagramma mostra un riquadro di esenzioni su una ricetta medica. Il riquadro è diviso in due sezioni: la superiore per il codice nazionale e la inferiore (ombreggiata) per i codici regionali. La prima casella del codice nazionale è biffata con una croce rossa. Sotto il riquadro, un'etichetta indica 'SEN ESSENZE' con un'icona di una croce biffata.

### Malattie croniche e invalidanti

Si fa riferimento al Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n. 329 e successive modifiche e integrazioni, il quale prevede che la prescrizione delle prestazioni erogabili in esenzione dalla partecipazione al costo rechi l'indicazione delle **prime tre cifre del**

**codice identificativo** della condizione o della malattia, quale risulta dal codice riportato sulla tessera sanitaria dell'assistito.

Per alcune patologie le prestazioni esenti sono enumerate dal legislatore per ogni singola malattia; per altre patologie, invece, le prestazioni esenti sono prescritte dal medico secondo i criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali.

[L'ALLEGATO n. 1](#) enumera i codici delle malattie croniche, nonché le relative prestazioni esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Esempio di indicazioni di esenzione per assistito affetto da malattia cronica (cardiaca e del circolo polmonare):

The image shows a redacted Italian health insurance card (tessera sanitaria). The card is divided into several sections. At the top, there are two small logos. Below them, there are fields for the patient's name and address, which are redacted. The central part of the card contains the text "SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" and "REGIONE". At the bottom, there are two boxes: the left one contains the code "002A" and the right one contains the code "R".

### Malattie rare

### 3.2.2

Si fa riferimento al Decreto Ministeriale 18 maggio 2001 n. 279 il quale prevede l'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia dalla quale il soggetto è affetto e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, con riferimento agli eventuali protocolli definiti dai **Centri di riferimento** in collaborazione ai Presidi di Rete.

La prescrizione di dette prestazioni reca l'indicazione, unicamente in forma codificata, della malattia rara per la quale è riconosciuto il diritto all'esenzione.

Esempio di indicazione di esenzione per assistito affetto da acrodermatite enteropatica:

The image shows a redacted Italian health insurance card (tessera sanitaria). The card is divided into several sections. At the top, there are two small logos. Below them, there are fields for the patient's name and address, which are redacted. The central part of the card contains the text "SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" and "REGIONE". At the bottom, there are two boxes: the left one contains the code "RC0070" and the right one contains the code "R".

L'elenco delle malattie rare è riportato nell'[ALLEGATO n. 2](#).

Il **medico specialista** che formula il sospetto diagnostico di malattia rara indirizza

l'assistito al Centro interregionale di riferimento o al Presidio di rete ai fini della diagnosi.

Le **prestazioni finalizzate alla diagnosi** di malattia rara sono erogate in esenzione dalla partecipazione alla spesa a condizione che:

- il **sospetto diagnostico** sia formulato da un *medico specialista* del Servizio Sanitario Nazionale; in tal caso l'assistito è indirizzato dallo stesso medico specialista al Presidio di Rete preposto a garantire la diagnosi della specifica malattia o del gruppo di malattie;
- le **prestazioni siano effettuate presso presidi della Rete** specificamente qualificati per quella malattia o gruppo di malattie cui la stessa afferisce.

I Presidi di rete assicurano l'erogazione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni finalizzate alla diagnosi e, qualora necessarie ai fini della diagnosi di malattia rara di origine ereditaria, le **indagini genetiche sui familiari** dell'assistito.

In caso di prestazioni volte **all'accertamento di malattia rara** l'esenzione andrà segnalata come segue:

Il form è un documento standardizzato per segnalare l'esenzione. Contiene campi per la categoria, la circoscrizione dell'assistito, la relazione diagnostica, il servizio sanitario nazionale e la regione. In basso, una sezione con simboli 'N', 'R 99', 'R' e 'E' indica il tipo di esenzione.

### Soggetti affetti da Morbo di Hansen

3.2.3

Il morbo di Hansen (codice malattia rara RA0010) è inserito tra le malattie infettive di classe terza ed è richiesta una notifica nominativa che deve avvenire con le stesse cautele previste per i pazienti sieropositivi per HIV.

Gli hanseniani e i loro familiari sono presi in carico dal Centro Territoriale di Riferimento che per Trieste è individuato nella Clinica Dermatologica della Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali riuniti di Trieste.

Hanno diritto alla fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici – anche non ancora compresi nel prontuario e non in commercio in Italia al cui acquisto provvedono le Regioni – nonché al rimborso, da parte del Comune di residenza, delle spese di viaggio per l'esecuzione del trattamento profilattico e terapeutico (Legge 126 del 31/03/1980)

Gli atti pubblici e le certificazioni sanitarie rilasciate ai fini del collocamento o di altri usi consentiti dalla legge, riguardanti gli hanseniani guariti o familiari di hanseniani, non devono contenere riferimenti al morbo di Hansen. Le schede sanitarie e i dati personali riguardanti gli hanseniani ed i loro familiari rientrano nelle malattie tutelate dal segreto professionale, a norma delle leggi vigenti.

Form for the Servizio Sanitario Nazionale (SSN). The form includes fields for the patient's name and address, the SSN number, and the region. The SSN number is RA0010. The form is marked with a red 'N' in a box, indicating that the patient is not enrolled in the SSN.

## GRAVIDANZA E MATERNITA' RESPONSABILE

Si fa riferimento al Decreto del 10 settembre 1998 il quale definisce i protocolli di accesso alle prestazioni in esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le donne in stato di gravidanza, in relazione alla settimana di gestazione e agli eventuali fattori a rischio.

L'esenzione per gravidanza è segnalata utilizzando il codice M\*, accanto al quale è necessario indicare la settimana di gestazione e, **qualora non conosciuta**, scrivere il numero 99 (**M99**).

I protocolli per la gravidanza, riportati nell'[ALLEGATO n. 3](#), sono suddivisi in tre parti:

- Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo, in funzione **preconcezionale** (codice esenzione **M00**)
- Prestazioni specialistiche per il **controllo della gravidanza fisiologica**, escluse dalla partecipazione al costo (codice esenzione **M** da **01** a **41**, oppure 99 se non conosciuta la settimana di gestazione)
- Indicazioni alla **diagnosi prenatale** (codice esenzione **M00**).

Esempio di indicazione di esenzione per gravidanza alla 12<sup>a</sup> settimana:

Form for the Servizio Sanitario Nazionale (SSN). The form includes fields for the patient's name and address, the SSN number, and the region. The SSN number is M12. The form is marked with a red 'N' in a box, indicating that the patient is not enrolled in the SSN.

Le richieste di prestazioni in regime di esenzione in funzione **preconcezionale** e di **diagnosi prenatale**, nei casi previsti dai rispettivi protocolli, devono essere richieste riportando il codice di esenzione **M00** (come da illustrazione successiva) e, obbligatoriamente, la diagnosi o il sospetto diagnostico.



### Gravidanza a rischio

3.3.1

Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.

In presenza delle condizioni di rischio la prescrizione **deve indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico**.



### Diabete Gestazionale

3.3.2

Si fa riferimento alla DGR n. 1020 del 08/06/2012.

La diagnosi di diabete gestazionale può essere emessa, a gravidanza accertata, direttamente dallo specialista ginecologo ovvero, sulla base degli approfondimenti richiesti allo specialista diabetologo, anche da quest'ultimo.

Il codice di esenzione è: **M50 – Gravidanza a Rischio** (paragrafo precedente).

Le pazienti affette da diabete gestazionale **hanno diritto alle medesime prestazioni previste per gli esenti per diabete mellito (013), compresi gli ausili**, ma la ricetta relativa alle prescrizioni dovrà riportare il codice di esenzione M50 (così come registrato sulla tessera sanitaria).

Si fa riferimento all'art. 85 comma 4 della legge 23.12.2000 n. 388 e alle disposizioni regionali in materia.

La normativa nazionale prevede:

- Mammografia ogni due anni (donne età tra 45-69 anni).; qualora l'esame mammografico lo richieda sono eseguite gratuitamente anche le prestazioni di secondo livello
- PAP test ogni tre anni (donne età 25-65)
- Colonscopia ogni cinque anni (popolazione età superiore a 45 anni e popolazione a rischio individuata da Ministero Salute)

La Regione Friuli Venezia Giulia ha attivato programmi di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina (pap-test), del seno (mammografia bilaterale) e del colon retto (ricerca sangue occulto nelle feci ed eventualmente la colonscopia).

Le indagini di primo livello sopra descritte avvengono su chiamata attiva a periodi determinati, diversi a seconda della campagna, sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e **non richiedono un'impegnativa**.

L'accesso può avvenire anche in forma spontanea, in questo caso è necessario che l'assistito autocertifichi di non aver eseguito gratuitamente l'esame nei 3 anni precedenti per il pap test, nei 2 anni precedenti per la mammografia e nei 5 anni precedenti per la colonscopia.

Per la colonscopia è **sempre necessaria l'impegnativa**.

### Approfondimenti diagnostici per screening

#### 3.4.1

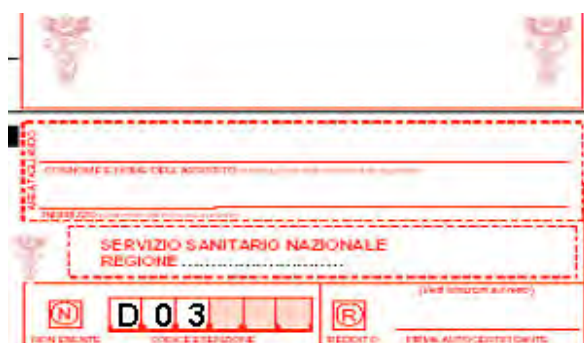
In caso di indagine che necessita di ulteriori approfondimenti l'eventuale esenzione, se le prestazioni rientrano nei protocolli dello screening, sarà segnalata dal medico prescrivente utilizzando la sigla **D "Diagnosi precoce"**, che è differente per ogni campagna.

### Tumori alla cervice uterina

#### 3.4.2

La campagna regionale di prevenzione dei tumori della cervice uterina prevede l'esecuzione di un *Pap test* - per le donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni che non hanno eseguito gratuitamente il pap test negli ultimi tre anni.

Approfondimenti diagnostici a seguito di pap – test:



### Prestazioni prescrivibili

67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA
67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO
67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO
70.21	COLPOSCOPIA
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE
71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE [laser]
75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL'UTERO O DELLA VAGINA
91.2461	VIRUS PAPILOMAVIRUS [HPV]:Analisi quantitativa DNA (HC2-DIGENE)
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO (per PAP TEST)
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO (per test HPV)
91.44.3	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE:Biopsia cervicale e endometriale
91.44.4	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: Biopsia cervice uterina
91.45.5	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: Biopsia vaginale
91.46.1	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)
91.46.2	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)
91.46.3	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)
91.4641	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.UROGENITALE: conizzazione cervicale

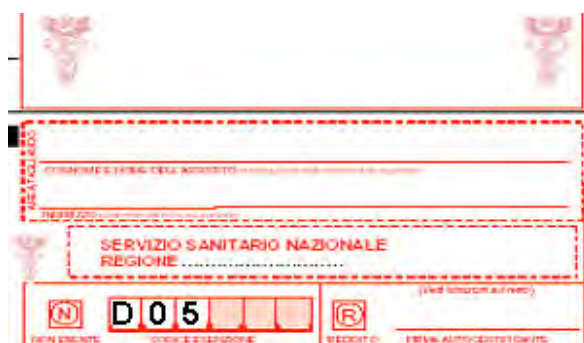
### Tumori alla mammella

3.4.3

La campagna di prevenzione dei tumori alla mammella prevede l'esecuzione di una *Mammografia bilaterale* - per le donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni (fino ai 74 anni per gli aderenti alla campagna precedente) che non hanno eseguito gratuitamente la mammografia nei due anni precedenti.

Approfondimenti diagnostici a seguito di mammografia:





### Prestazioni prescrivibili

85.11.1	BIOPSIA ECO GUIDATA DELLA MAMMELLA
85.1112	BIOPSIA ECO GUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE
88.73.2	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE
88.92.6	RM MAMMELLA MONOLATERALE
88.92.7	RM MAMMELLA MONOLATERALE CON MDC
88.92.8	RM MAMMELLA BILATERALE
88.92.9	RM MAMMELLA BILATERALE CON MDC
89.7	VISITA SCREENING MAMMELLA 2° LIVELLO
91.46.5	ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA BIOPSIA STEREOTASSICA
95.1114	BIOPSIA GUIDATA STEREOTASSICA VACUUM ASSISTED MAMMELLA
85.1113	AGOBIOPSIA MAMMARIA CON STEREOTASSI
85.11	BIOPSIA PERCUTANEA AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA
91.39.1	CITOLOGICO AGOASPIRAZIONE NAS
91.39.6	MARCATORI IMMUNOISTOCIMICI PREDITTIVI DI RISPOSTA HERCEP-TEST, EGFR
91.47.8	PANNELLO FATTORI PROGNOSTICI MAMMELLA (ER,PgR, c-erb B-2 o Hercep TEST, MIB-1)
91.37.1	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) DEL GENE HER2
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
87.35	GALATTOGRAFIA

### Tumori al colon - retto

3.4.4

La campagna di prevenzione dei tumori al colon-retto prevede l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci. Tutti coloro che hanno un'età superiore ai 45 anni sono chiamati, ogni cinque anni, a ritirare l'apposito kit in farmacia per eseguire l'esame e a riconsegnarlo in farmacia entro 24 dall'esecuzione.

E' prevista altresì l'esecuzione di una *Colonscopia* - per tutti coloro che hanno un'età superiore ai 45 anni e non hanno effettuato gratuitamente la colonscopia negli ultimi cinque anni.<sup>1</sup>

Richiesta di colonscopia a seguito di esecuzione sangue occulto nelle feci positivo

<sup>1</sup> La colonscopia in screening viene effettuata solo **a seguito di esame sangue occulto positivo** eseguita nell'ambito della campagna regionale di screening.



### Prestazioni prescrivibili

45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
89.7	VISITA SCREENING COLON RETTO 2° LIVELLO
89.7	CONSULENZA SPECIALISTICA (anestesiologica, cardiologica)
87.65.2	CLISMA DOPPIO CONTRASTO
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
91.41.3	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.DIGERENTE: Biopsia endoscopica sede unica
91.41.4	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.DIGERENTE: Biopsia endoscopica sedi multiple
91.42.1	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.DIGERENTE: Polipectomia endosc.sedi multiple
91.42.2	ES.ISTOCITOPATOLOGICO APP.DIGERENTE: Polipectomia endosc.sede unica
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE.Associabile a endoscopie e biopsie in corso endoscopico
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
90.16.3	CREATININA
90.62.2	EMOCROMO
90.27.1	GLUCOSIO
90.37.4	POTASSIO
90.40.4	SODIO
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON
88.01.9	TC COLON. Colonscopia virtuale
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO
48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO

### Malattie a trasmissione sessuale

3.4.5

Sono definite tali le malattie che riconoscono la modalità di trasmissione anche ma non solo nel rapporto sessuale.

Nella letteratura sono riconosciuti più di 30 agenti eziologici in causa per queste infezioni:

gonorrea o blenorragia; lue o sifilide;ulcera molle o cancroide; linfogranuloma venereo; granuloma inguinale (Calymmato bacterium granulomatis); parassitosi (acariasi e

ftiriasi o pediculosi del pube); epatiti A, B e C; HIV, per lo screening ed eventuale determinazione della sieropositività; uteriti, cerviciti e vulvo-vaginiti non gonococciche o apsecifiche; inf. da Chlamydia, inf. da Micoplasmi, inf. da Trichomonas; herpes simplex 1 e 2; infezione da HPV e Mollusco Contagioso

La prevenzione e la presa in carico dal punto di vista diagnostico-terapeutico avviene da parte del **Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse MST (a Trieste: Ospedale Maggiore – Palazzina Infettivi)** a cui si accede **senza impegnativa** del medico (accesso diretto) e nel rispetto dell'anonimato.

Presso il Centro si eseguono gratuitamente gli esami che sono considerati screening gi primo livello (codice esenzione **P01** ed eventualmente **B01** per soggetti a rischio HIV):

- esami sierologici per lue, epatite A,B,C e HIV 1-2
- Tampone uretrale nel maschio
- Tampone cervico - vaginale nella donna
- Tampone orale e rettale (per la ricerca di gonococco e Chlamydia), in base alle modalità penetrative e / o sintomatologia clinica
- Ricerca diretta per Herpes simplex 1-2
- Ricerca HPV, su indicazione clinica (biopsia per esame istologico ed ev. tipizzazione per virus ad alto rischio oncogeno)

Le indagini di laboratorio e altre prestazioni che non siano comprese nella fattispecie di cui sopra prevedono **le consuete modalità di pagamento del ticket**, dove dovuto.

### Cittadini italiani che hanno operato nei territori Balcanici

3.4.6

La materia è disciplinata dall'art. 4 bis della Legge 28 febbraio 2001 n. 27, dall'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 30 maggio 2002, dal D.M. 22 ottobre 2002, i quali dispongono la realizzazione di una campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei **cittadini italiani che a qualunque titolo hanno operato ed operano nei territori della Bosnia Herzegovina e del Kosovo**, in relazione a missioni internazionali di pace e di assistenza umanitaria, nonché di tutto il personale della pubblica amministrazione, incluso quello a contratto, che ha prestato o presta servizio, nei predetti territori, presso le rappresentanze diplomatiche o uffici ad esse collegati, e dei familiari che con loro convivono o hanno convissuto.

La campagna di monitoraggio si articola in due parti:

- 1) monitoraggio (M) della popolazione civile che è presente nei territori interessati, a partire dalla data di inizio della campagna di monitoraggio (dura cinque anni);
- 2) follow up (FU) della popolazione civile che è stata presente nei territori considerati dal 1° agosto 1994 (dura per il tempo necessario al compimento di cinque anni dall'ultimo rientro dai territori interessati).

Gli accertamenti sanitari, effettuati nell'ambito della campagna di monitoraggio, sono svolti a titolo gratuito presso qualsiasi struttura sanitaria militare o civile e prevedono l'esecuzione gratuita di specifici accertamenti previsti nel protocollo, da effettuarsi secondo cadenze temporali predeterminate.

Nella provincia di Trieste la struttura preposta alla presa in carico dei cittadini rientranti nella campagna di monitoraggio è la **Medicina del Lavoro**.

## INVALIDITA'

3.5

Si fa riferimento al Decreto Ministero Sanità 1. febbraio 1991 e alla Legge 537 / 1993 e successive modifiche e integrazioni.

Per alcuni gradi di invalidità è prevista l'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni correlate alla patologia, mentre, per stati di invalidità più gravi è prevista l'esenzione dalla partecipazione al costo per la totalità delle prestazioni ([Vedi tabella n. 1](#)).

In ogni caso l'esenzione va certificata (riportando il relativo codice) come di seguito indicato.

### Prestazioni richieste in sede di verifica di invalidità civile

3.5.1

Le prestazioni richieste per verificare la permanenza nell'assistito del possesso dei requisiti prescritti per usufruire della pensione, assegno od indennità di cui beneficia e per disporre la revoca in caso di insussistenza di tali requisiti sono erogabili in esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria: codice di esenzione C07:



### Minori di 18 anni con indennità di frequenza

3.5.2

Si fa riferimento all'art. 1 della Legge 289 / 1990.

A favore dei minori disabili sono previsti:

- *Benefici presenti per mera situazione di non autosufficienza* che si concretizzano con il riconoscimento della indennità di accompagnamento (art. 1 L. 18/1980 e art. 1 L. 508/1988). Caso classificato sul verbale di invalidità come 06. L'esenzione (e i relativi codici di attribuzione) vanno trattati esattamente come gli altri casi di invalidità.
- *Benefici previsti per la frequenza a corsi* (scolastici, di addestramento, ambulatoriali) che si concretizzano con il riconoscimento della indennità di frequenza (ex assegno di accompagnamento L. 118/1971 abrogato con art. 6 L. 508/1988 e istituito con L. 289/1990). Caso classificato sul verbale di invalidità come 07. Il codice riportato sulla tessera sanitaria e da utilizzare nelle prescrizioni è **C04**

:



### Infortunio INAIL

3.5.3

In caso di infortunio sul lavoro l'assistito deve esibire al medico copia della pratica INAIL con specifica del periodo e della tipologia dell'infortunio.

Se l'assistito necessita di ulteriori prestazioni specialistiche il medico riporterà nella spazio riservato alla prescrizione la dizione "INAIL" e il codice di esenzione **L04**, nelle apposite caselle.

L'esenzione è riportata per il periodo di durata dell'infortunio ed è valida anche se le prestazioni saranno effettuate successivamente al periodo di infortunio purché richieste in fase di apertura della temporanea inabilità lavorativa (**fa fede la data di prescrizione**).

L'assistito che ha subito un infortunio sul lavoro è esente solo per le prestazioni riferite direttamente alle conseguenze dell'infortunio.

Se le conseguenze dell'infortunio diventano a carattere cronico l'interessato potrà essere riconosciuto invalido ai sensi di legge. In questo ultimo caso l'invalidità verrà riportata sulla tessera sanitaria, a seconda del grado:

- L01 (grandi invalidi del lavoro: dall'80% al 100%)
- L02 (invalidi del lavoro riduzione capacità lavorativa >2/3 dal 67% al 79%)
- L03 (invalidi del lavoro con riduzione capacità lavorativa <2/3 dal 1% al 66%)
- L04 (infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali)

Esempio di indicazione di esenzione per **infortunio sul lavoro** (temporaneo):

The image shows a red-bordered form from the Servizio Sanitario Nazionale (SSN). The form is divided into several sections. At the top, there are two small logos. Below them, there are fields for the patient's name and address, and a field for the SSN number. The central part of the form contains the text 'SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE'. At the bottom, there is a section for the exemption code, which is 'L04'. The code 'L04' is highlighted in a box. To the left of the code is a small icon of a person, and to the right is a small icon of a person with a plus sign. The form also includes the text 'SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE' and 'REGIONE'.

L'art. 12 bis del D.L. 11 del 23/02/2009 stabilisce che le disposizioni previste per gli assicurati INAIL non si applicano al personale delle Forze di Polizia e delle Forze Armate, tra le quali rientra anche il Corpo della Guardia di Finanza (D.lgs. 66/2010 art. 2264), che rimangono disciplinate dai rispettivi ordinamenti, fino al riordino complessivo della materia.

Analoga esclusione opera nei confronti di altre categorie (p.e. Vigili del fuoco, alcune categorie afferenti alle professioni di giornalista, agente di commercio, etc..)

Per i non assicurati l'onere delle prestazioni resta a carico del beneficiario della stessa, sarà poi sua cura chiederne il rimborso all'ente di appartenenza o alla assicurazione.

## “CODICI DI ESENZIONE” – Tabella Riepilogativa

Esenzioni per Patologia e Maternità	SIGLA esenzione	Ex codice
Malattie croniche e invalidanti	<b>001- 056</b>	
Malattie Rare	<b>R*xxx</b>	
Sospetto diagnostico di malattia rara (solo per centri autorizzati)	<b>R99</b>	
Gravidanza (riportare anche la settimana di gestazione)	<b>M(0-41)*</b>	GM(0)*
Gravidanza (settimana di gestazione non nota)	<b>M99</b>	
Gravidanza in epoca preconcezionale	<b>M00</b>	GM0
Gravidanza a rischio	<b>M50</b>	GM0
Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate a personale navigante	<b>M52</b>	
<b>Invalidità</b>		
<i>Esenzione per generalità prestazioni</i>		
Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile	<b>C07</b>	
Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 <sup>^</sup> alla 5 <sup>^</sup>	<b>G01</b>	S48
Ex deportati nei campi di sterminio nazista K.Z.	<b>G01</b>	S48
Grandi invalidi del lavoro	<b>L01</b>	S59
Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3	<b>L02</b>	S49
Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 <sup>^</sup> categoria	<b>S01</b>	S56
Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 <sup>^</sup> alla 5 <sup>^</sup>	<b>S02</b>	S50
Invalidi civili al 100 %	<b>C01</b>	S57
Invalidi civili con assegno di accompagnamento	<b>C02</b>	S52
Invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3	<b>C03</b>	S51
Invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza	<b>C04</b>	S52
Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10	<b>C05</b>	S58
Sordomuti	<b>C06</b>	S53
Vittime terrorismo e stragi di tale matrice con invalidità < 80%, vittime del dovere e loro familiari	<b>V01</b>	P42
<i>Esenzione per prestazioni correlate alla patologia invalidante</i>		
Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 <sup>^</sup> alla 8 <sup>^</sup>	<b>G02</b>	S36
Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3	<b>L03</b>	S37
Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali	<b>L04</b>	S38
Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 <sup>^</sup> alla 8 <sup>^</sup>	<b>S03</b>	S39
Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni o somministrazioni di emoderivati	<b>N01</b>	
Vittime terrorismo e stragi di tale matrice con invalidità > 80%	<b>V02</b>	

<b>Assistenza Integrativa</b>		
Autorizzazione alimenti particolari	<b>AP1-12</b>	AP1-12
Autorizzazione prelievo A.F.I.R. (altri ausili)	<b>A01</b>	A01
Autorizzazione prelievo A.F.I.R. (ausili per l'incontinenza)	<b>A02</b>	A02
<b>ALTRO</b>		
Obiettori di coscienza in servizio civile	<b>S04</b>	
Detenuti e internati	<b>F01</b>	

**Esenzioni non riportate sulla tessera sanitaria  
(da trascrivere sulla ricetta contenente prescrizioni inerenti)**

<b>Donazioni</b>	<b>SIGLA esenzione</b>	<b>Ex codice</b>
Donatori di sangue	<b>T01</b>	P36
Donatori viventi di organo e di midollo emopoietico	<b>T01</b>	P37
<b>Screening</b>		
Prestazioni diagnostiche screening autorizzati da Regione	<b>D01</b>	PE
Prestazioni diagnostiche diagnosi precoce tumori (cervice uterina) e relative prestazioni di approfondimento diagnostico	<b>D02</b>	PE
Prestazioni diagnostiche diagnosi precoce tumori (mammografia)	<b>D03</b>	PE
Prestazioni approfondimento diagnosi precoce tumore mammella (a seguito di mammografia)	<b>D05</b>	PE
Prestazioni diagnostiche diagnosi precoce tumori colon - retto	<b>D04</b>	PE
Prestazioni inserite nei protocolli per operanti in Bosnia – Erzegovina e Kosovo (protocollo Mandelli)	<b>D06</b>	
<b>Prevenzione</b>		
Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di HIV	<b>B01</b>	
Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche	<b>P01</b>	
Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro (maggioresni apprendisti)	<b>P02</b>	
Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (compresa profilassi tubercolare)	<b>P03</b>	
<b>Per rilascio certificati</b>		
Prestazioni per rilascio certificati idoneità sportiva, adozione, affidamento, svolgimento servizio civile	<b>I01</b>	
Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile	<b>C07</b>	
Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	<b>PML</b>	
<b>Infortunio sul lavoro</b>		
Prestazioni correlate all'infortunio	<b>L04</b>	INAIL
<b>Terapia del dolore</b>		
Terapia del dolore severo (per prescrizione di farmaci)	<b>TDL01</b>	



**Esenzioni connesse alla situazione reddituale  
(da trascrivere sulla ricetta nello spazio adiacente la casella R)**

<b>Esenzioni per Status e Reddito</b>		
Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro	<b>E01</b>	
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	<b>E02</b>	
Richiedenti asilo politico (equiparati ai disoccupati)	<b>E02</b>	
Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico	<b>E03</b>	
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	<b>E04</b>	
<b>Stranieri STP e ENI</b>		
Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali a cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti Per analogia detto codice viene utilizzato anche per i cittadini ENI – europei non iscritti privi di copertura sanitaria nel Paese di origine e di risorse economiche sufficienti. (Qualora il cittadino fruisca di esenzione ad altro titolo, es gravidanza, va usato il codice dedicato)	<b>X01</b>	

# 4

## ASSISTENZA PROTESICA

Si fa riferimento al D.M. 27 agosto 1999 n. 332 e successive modifiche e integrazioni.

### EROGAZIONE DI ORTESI, AUSILI E PROTESI

4.1

Gli assistiti di seguito indicati hanno diritto all'erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore, che elenca le prestazioni di assistenza protesica comportanti l'erogazione dei dispositivi erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in connessione a loro menomazioni e disabilità invalidanti:

a) gli invalidi civili, di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti nonché i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;

b) gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni di mutilato o invalido civile totalmente inabile per affezioni fisiche o psichiche, che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, che non siano in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua, nonché gli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovino nelle condizioni sopra indicate;

c) gli istanti in attesa di riconoscimento cui, in seguito all'accertamento sanitario effettuato dalla commissione medica dell'azienda sanitaria, sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo;

d) i ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

Per ottenere i dispositivi è necessario che il *medico di medicina generale* dell'assistito richieda, su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, specificando la diagnosi circostanziata della patologia, una **CONSULENZA** alla Unità di Riabilitazione distrettuale.

La prescrizione del dispositivo viene effettuata dal medico specialista utilizzando la modulistica all'uopo predisposta.

La prescrizione deve contenere:

- una diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;
- l'indicazione del dispositivo protesico, ortesico e dell'ausilio prescritto, completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;

- un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente: il significato terapeutico e riabilitativo; le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo; le possibili controindicazioni; le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico.

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo protesico, dell'ortesi o dell'ausilio prescritto è rilasciata **dall'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito** – a Trieste dall'Ufficio Assistenza Invalidi dell'U.O. di Riabilitazione del distretto - previa verifica dello status di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati dal nomenclatore, nonché del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo.

L'Azienda si pronuncia sulla richiesta di autorizzazione tempestivamente e comunque, in caso di prima fornitura, entro 20 giorni dalla richiesta.

In caso di silenzio della Azienda, trascorso tale termine, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa.

Al ricevimento del dispositivo segue il collaudo da parte del medico prescrivente (fisiatra o altro specialista) che ne accerta la congruenza e la rispondenza.

La prescrizione dello specialista indica il fabbisogno fino alla successiva visita di controllo, quando necessaria, e comunque per un periodo non superiore ad un anno.

### Erogazione di ortesi, ausili e protesi: casi particolari

4.1.1

Gli assistiti di seguito indicati:

a) soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati

b) soggetti amputati di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio

hanno diritto alla fornitura di ortesi ausili e protesi previa autorizzazione rilasciata a seguito di presentazione di certificazione medica dello **specialista competente per menomazione**.

### AFIR – ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA REGIONALE

4.2

Per Assistenza Farmaceutica Integrativa s'intende l'erogazione di specialità medicinali, presidi medico-chirurgici, diagnostici, prodotti dietetici, ausili tecnici ed articoli di medicazione a categorie di assistiti affetti da determinate forme patologiche o patologie invalidanti.

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo o dell'ausilio prescritto è rilasciata dall'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito previo esame della certificazione attestante la patologia da parte di un medico specialista e previa verifica dello status di avente diritto del richiedente, nonché della corrispondenza tra la prescrizione medica e la codifica dei prodotti concedibili oltre che, nel caso di forniture successiva alla prima, del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo.

E' consentita l'erogazione di prestazioni farmaceutiche di assistenza integrativa in forma indiretta convenzionale a soggetti non residenti nella provincia di Trieste ma residenti nelle Province della Regione Friuli Venezia Giulia: anche in tal caso le ricette mediche recheranno in calce gli estremi della relativa autorizzazione.

I soggetti non residenti in Regione dovranno ottenere dalla Azienda Sanitaria di residenza:

- l'autorizzazione
- la dichiarazione di assunzione dell'onere della relativa spesa.

Hanno diritto all'erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore, che elenca le prestazioni comportanti l'erogazione dei dispositivi erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, gli assistiti di seguito indicati, in connessione alle loro patologie o disabilità invalidanti.

## Incontinenti

4.2.1

Ai soggetti incontinenti stomizzati, para e tetraplegici, affetti da demenza senile, emiplegia ed emiparesi o comunque affetti da patologia grave che obblighi all'allettamento, sono prescrivibili:

a) **ausili per l'incontinenza ad assorbenza** (pannoloni e traverse).

Per ottenere detti dispositivi è necessario presentare al distretto di appartenenza la ricetta del Servizio Sanitario Nazionale redatta *del Medico di medicina generale*, contenente la **diagnosi circostanziata** della patologia che sottende **l'incontinenza stabilizzata** e il relativo fabbisogno mensile presunto (non va indicato né il codice di ausilio né la quantità).

La diagnosi circostanziata deve essere formulata in modo tale da permettere di individuare esattamente lo specialista competente per la menomazione (urologo, neurologo, fisiatra, medico cure primarie etc..) per la successiva prescrizione.

La prescrizione dello specialista indica il fabbisogno necessario fino alla successiva visita di controllo, quando necessaria, e comunque per un periodo non superiore a un anno.

L'eventuale richiesta di guanti associata alla richiesta di pannoloni e traverse, di norma, non viene accolta in quanto sono erogabili tramite l'A.F.I.R. esclusivamente i presidi necessari alla persona incontinente.

L'A.S.S. n. 1 "Triestina" eroga agli incontinenti gli ausili ad assorbenza esclusivamente in **forma diretta**: la fornitura viene effettuata al domicilio degli aventi diritto a cura dell'aggiudicatario della relativa gara, entro i limiti massimi previsti dalla normativa in vigore (massimo 120 unità di pannoloni mutandine grandi al mese).

Non vi è invece alcun limite quantitativo nei confronti dei soggetti para e tetraplegici.

b) **cateteri con relative sacche ed accessori** (guanti, siringoni, etc.) nei confronti di **portatori di catetere**.

Sono erogabili i cateteri vescicali ed esterni con relative sacche ed accessori, guanti, siringoni, materiale sanitario ed alcune specialità medicinali.

Per ottenere i dispositivi è necessario presentare al distretto di appartenenza la certificazione dello specialista del Servizio Sanitario Nazionale, competente per menomazione, che riporti la diagnosi circostanziata della patologia e il relativo fabbisogno mensile.

Il distretto, valutata la richiesta, rilascerà l'autorizzazione all'erogazione degli ausili per un periodo non superiore ad un anno.

La prescrizione dei dispositivi effettuata, su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, dal *medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta* non può superare il fabbisogno mensile.

Sia le autorizzazioni distrettuali che le ricette destinate all'erogazione di ausili relativi a **menomazioni funzionali permanenti**, per cui è prevista l'applicazione dell'aliquota I.V.A del 4 %, dovranno riportare in calce la certificazione della menomazione funzionale permanente (M.F.P.) dell'assistito.

Sul verso della ricetta sono riportati in calce gli estremi della autorizzazione:

Il documento è un modulo autorizzativo con il titolo "Autorizzazione AFIR n. di data". In alto a sinistra c'è un campo "CARD NUMBER OF THE CARD" con una griglia di linee verticali. In alto a destra c'è un campo "Firma dell'Assistito / Segnature". Al centro, sopra il titolo, c'è "AUTORIZZAZIONE RINNOVAZIONI DEL FARMACISTA". Sotto il titolo, ci sono campi per "CITTA'" e "Firma del Farmacista". In basso, una sezione intitolata "NOTIZIA - AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI" contiene il testo: "Le farmacie autorizzate sono ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine. Il 30 giorni, e escluso quello di emissione, noturno e festivi chiusi, il diritto addizionale previsto dalla Tariffa nazionale è".

I cateteri vescicali con relative sacche vengono erogati dall'A.S.S. n. 1 "Triestina" in forma indiretta tramite le farmacie e i rivenditori autorizzati (negozi articoli sanitari): l'assistito, ottenuta l'autorizzazione dal distretto e quindi il rilascio della ricetta medica, ritirerà i prodotti standardizzati.

Quando il medico prescrive un **presidio diverso da quelli standardizzati**, anche se recante il medesimo codice ISO, dovrà essere erogato lo specifico prodotto descritto nella prescrizione.

- c) prodotti per **stomizzati** nei confronti di soggetti ileo-colostomizzati e urostomizzati.

Sono erogabili guanti, siringoni, materiale sanitario e specialità medicinali.

Per ottenere i dispositivi è necessario presentare al distretto di appartenenza la certificazione dello specialista del Servizio Sanitario Nazionale, competente per la menomazione, che contenga la diagnosi circostanziata della patologia e il fabbisogno mensile presunto.

Il distretto, valutata la richiesta degli assistiti, rilascerà l'autorizzazione all'erogazione dei dispositivi per un periodo non superiore ad un anno.

La prescrizione dei dispositivi effettuata, su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, dal *medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta* non può superare il fabbisogno mensile.

Per disposizione regionale non vi è alcun limite quantitativo nei confronti di soggetti stomizzati, tenendo conto che il fabbisogno mensile è illimitato nella ragionevole misura in cui il paziente necessita di una determinata quantità di presidi che va indicata o comunque valutata.

Per i portatori di **stomia definitiva**, per i quali sia stata individuata la tipologia adeguata di presidio stomale, l'autorizzazione alla fornitura dei presidi è da intendersi valida per un periodo di cinque anni. Solamente nel caso in cui, nel periodo indicato, dovessero insorgere problemi tali da rendere indispensabile la sostituzione del dispositivo in uso, si renderà necessaria una nuova procedura autorizzativa.

Sul verso della ricetta sono riportati in calce gli estremi della autorizzazione:

OR NUMBER OF THE CARD	FEDERAZIONE FARMACISTI
<b>AUTORIZZAZIONE RIVENDITORI DEL FARMACISTA</b>	
<b>Autorizzazione AFIR n. di data</b>	
ITC	FEDERAZIONE FARMACISTI
<b>ATTENZIONE – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI</b>	
: ublicate nel territorio della Regione e in quelle extra-regionali di confine	
Il 30 giorni, e escluso quello di emissione.	
notturno e balloni chiusi, il diritto addizionale previsto dalla Tariffa nazionale è	

Ottenuta l'autorizzazione l'utente potrà prelevare i presidi presso le farmacie aperte al pubblico o presso i rivenditori autorizzati (negozi articoli sanitari), dietro presentazione di ricetta medica che non può superare il fabbisogno mensile.

### Soggetti che necessitano di ausili per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee

4.2.2

Sono erogabili i bendaggi flessibili autoadesivi idroattivi o gelificanti eventualmente associati a paste, gel o idrogel atti ad assorbire l'essudato.

Per ottenere i dispositivi è necessario presentare al distretto di appartenenza la certificazione dello specialista del Servizio Sanitario Nazionale, competente per la menomazione, che contenga la diagnosi circostanziata della patologia e il fabbisogno mensile presunto.

Il distretto, valutata la richiesta, rilascerà l'autorizzazione all'erogazione degli ausili per un periodo non superiore ad un anno.

La prescrizione dei dispositivi effettuata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale dal *medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta* non può superare il fabbisogno mensile.

Sul verso della ricetta sono riportati in calce gli estremi della autorizzazione:

OR NUMBER OF THE CARD	FEDERAZIONE FARMACISTI
<b>AUTORIZZAZIONE RIVENDITORI DEL FARMACISTA</b>	
<b>Autorizzazione AFIR n. di data</b>	
ITC	FEDERAZIONE FARMACISTI
<b>ATTENZIONE – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI</b>	
: ublicate nel territorio della Regione e in quelle extra-regionali di confine	
Il 30 giorni, e escluso quello di emissione.	
notturno e balloni chiusi, il diritto addizionale previsto dalla Tariffa nazionale è	

Ottenuta l'autorizzazione, l'utente potrà prelevare i presidi presso le farmacie aperte al pubblico o presso i rivenditori autorizzati (negozi articoli sanitari).

### Soggetti affetti da diabete mellito

4.2.3

Si fa riferimento al D.M. 8 febbraio 1982 e successive modifiche e integrazioni nonché alle disposizioni regionali in materia e al Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n. 329 e successive modifiche e integrazioni.

Ai soggetti affetti da diabete mellito, sono forniti, nell'ambito della assistenza integrativa, i prodotti diagnostici reattivi per la ricerca del glucosio nelle urine, reattivi per la ricerca di corpi chetonici nelle urine, reattivi per la ricerca contemporanea del

glucosio e dei corpi chetonici nelle urine, reattivi per il dosaggio della glicemia (test rapido con una goccia di sangue), siringhe da insulina monodose, aghi e lancette. La prescrizione viene effettuata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale dal *medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico specialista*, nel rispetto del fabbisogno mensile presunto, a seguito del riconoscimento della esenzione per patologia (cod. 013), senza bisogno della autorizzazione distrettuale.

Per attestare l'esenzione si seguono le regole della esenzione per patologia (paragrafo 3.2.1).

Il formulario è un documento a più sezioni con bordi rossi. In alto ci sono due emblemi. La sezione principale è divisa in campi per il nome del medico, la regione e il codice di patologia. Sotto, c'è una sezione con il codice '013' in un riquadro, e altri campi per il medico e il paziente.

L'erogazione di detti presidi è limitata alla forma indiretta convenzionale, riservata alla farmacie, ferma restando la possibilità di distribuzione diretta da parte delle strutture competenti.

#### Soggetti affetti da fibrosi cistica

4.2.4

Si fa riferimento alla Legge 23 dicembre 1993 n. 548 e alle disposizioni regionali in materia e al Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n. 329 e successive modifiche e integrazioni.

I soggetti affetti da fibrosi cistica, la cui condizione morbosa sia stata certificata dal **Centro Regionale di Riferimento** - a Trieste l'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" - hanno diritto, alla fornitura di materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia anche ultrasonica, l'ossigenoterapia, l'antibioticoterapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio. I presidi necessari vengono erogati, di norma, *in forma diretta* da parte del "Burlo Garofolo".

Nei casi in cui non sia possibile la fornitura diretta, la prescrizione viene effettuata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale dal medico curante comunque a seguito del riconoscimento della esenzione per patologia (cod. 018).

Per attestare l'esenzione si seguono le regole della esenzione per patologia (paragrafo 3.2.1).



## Assistenza Sanitaria Integrativa relativa a prodotti destinati ad una alimentazione particolare

4.2.5

Si fa riferimento al D.M. 8 giugno 2001 e alle disposizioni regionali in materia.

L'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare rientra nei livelli essenziali di assistenza sanitaria per le persone affette da:

- a) malattie metaboliche congenite;
- b) fibrosi cistica o malattia fibrocistica del pancreas o mucoviscidosi;
- c) morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme;
- d) nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, per i sostituti del latte materno.

Nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, le patologie che danno diritto alla fornitura di prodotti destinati ad alimentazione particolare, sono state così codificate:

<b>AP1</b>	Fenilchetonuria
<b>AP2</b>	Omocistinuria
<b>AP3</b>	Leucinosi
<b>AP4</b>	Tirosinemia
<b>AP5</b>	Acidurie organiche
<b>AP6</b>	Difetti di ossidazione degli acidi grassi
<b>AP7</b>	Malattie del ciclo dell'urea
<b>AP8</b>	Galattosemia
<b>AP9</b>	Glicogenosi tipo I – III – VI – 0
<b>AP10</b>	Intolleranza ereditaria al fruttosio
<b>AP11</b>	Morbo celiaco
<b>AP12</b>	Fibrosi cistica

Le patologie sono accertate e certificate dai Centri Regionali di riferimento mentre la condizione di nato da madre sieropositiva per HIV è accertata e certificata da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale dipendente o convenzionato.

La certificazione di appartenenza allo stato morbosso ha valore permanente e non è soggetta a rinnovo.

L'Azienda per i Servizi Sanitari autorizza annualmente, attraverso le strutture distrettuali, il prelievo dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, nei limiti di spesa concordati ed indicati negli schemi relativi alle malattie metaboliche congenite ed alla celiaca.

L'assistito, presso il distretto di appartenenza, producendo la necessaria certificazione, otterrà assieme all'autorizzazione annuale, la stampa dei **12 buoni** di prelievo mensile spendibili presso le farmacie convenzionate.

Tali buoni di prelievo, stampati sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, dovranno riportare l'indicazione del tetto massimo di spesa, in funzione del tipo di malattia ed eventualmente in relazione all'età dell'assistito, nonché il codice di esenzione (es: AP1, AP2 etc...) nella apposita casella.





## Particolari categorie di assistiti

4.2.6

### a) Nefropatici gravi cronici e dializzati

Sono erogabili i dietetici aproteici nonché i prodotti ad essi riconducibili.

Per ottenere i dispositivi è necessario presentare al distretto di appartenenza la certificazione rilasciata dallo specialista del Servizio Sanitario Nazionale competente per la menomazione (di norma con valore permanente), attestante la diagnosi circostanziata della patologia e il fabbisogno mensile presunto.

Il distretto, valutata la richiesta, rilascerà l'autorizzazione all'erogazione dei prodotti per un periodo non superiore ad un anno.

La prescrizione dei dispositivi effettuata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale dal *medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta*, sufficiente al fabbisogno presunto mensile, deve riportare sul verso gli estremi dell'autorizzazione:



L'utente può prelevare i prodotti presso le farmacie aperte al pubblico, dietro prestazione della ricetta medica.

### b) Soggetti affetti da patologie cronicizzate con limitazioni funzionali in cura domiciliare e grandi invalidi di guerra, di servizio e del lavoro.

Sono erogabili articoli di medicazione, galenici officinali e magistrali, presidi medico chirurgici, ausili sanitari e ausili per incontinenti, ove il distretto, valutata la richiesta, rilasci l'autorizzazione alla fornitura a validità massima annuale.

Ai soggetti affetti da patologie cronicizzate con limitazioni funzionali in **cura domiciliare**, la patologia deve essere accertata e certificata dallo specialista nosocomiale (chirurgo, geriatra, dermatologo, ecc.) che ha in cura il paziente e in base alla stessa il Distretto rilascerà l'autorizzazione alla fornitura degli ausili, per un periodo non superiore ad un anno.

La richiesta deve riportare, sul verso, in calce gli estremi dell'autorizzazione:

Le prescrizioni effettuate **a favore dei grandi invalidi** - cod. esenzione: **G01**, **S01**, **L01** - non necessitano di autorizzazione distrettuale.

In tal caso la prescrizione riporta la codifica della situazione invalidante (esempio seguente):

Ottenuta l'autorizzazione l'utente può prelevare i prodotti presso le farmacie aperte al pubblico dietro prestazione di ricetta medica redatta su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, rilasciata *dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dallo specialista*, ciascuna sufficiente al fabbisogno presunto di un mese.

L'erogazione dei prodotti, esclusi gli ausili per l'incontinenza per i quali si rimanda al paragrafo 4.2.1), avviene in forma indiretta convenzionale, tramite le farmacie aperte al pubblico.

L'erogazione in forma diretta può avvenire anche attraverso l'ADI a favore dei pazienti assistiti da detto servizio.

## Assistiti ADI

### 4.2.7

Nel caso di assistiti dal servizio ADI, previa segnalazione, l'equipe sanitaria sottopone l'interessato ad un accertamento e, qualora venga ravvisata la necessità di **medicazioni** e **cateteri** viene stabilita la fornitura diretta.

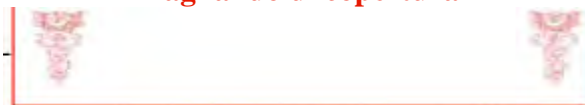
Per queste forniture gli assistiti ADI non necessitano di autorizzazione AFIR.

# 5

## PRESCRIZIONI DI FARMACI

I farmaci erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale vanno prescritti su ricetta del Servizio Sanitario Nazionale avendo cura di coprire, **qualora l'assistito lo richieda**, con l'apposito **tagliando di copertura**, i dati identificativi del paziente.

### Tagliando di copertura



### FARMACI DI CLASSE A/H: Farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche

5.1

In base al regime di rimborsabilità si distinguono i farmaci di **classe A** (farmaci essenziali e farmaci per le malattie croniche) e i farmaci di **classe H** (farmaci a carico del SSN a condizione che siano utilizzati esclusivamente in ambito ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile).

I farmaci di CLASSE A sono prescritti sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

I farmaci di CLASSE H, non sono dispensabili con oneri a carico del SSN da parte delle farmacie territoriali aperte al pubblico, differentemente, sono erogabili con oneri a carico del SSN qualora utilizzati in ambito ospedaliero, o, a carico dell'acquirente, in farmacia, nei casi in cui il regime di fornitura lo consenta.

Per alcune categorie di farmaci che rientrano nella CLASSE A l'Agenzia Italiana del Farmaco ha introdotto delle **"NOTE"** che limitano la prescrizione ad ambiti definiti di intervento.

### Le Note AIFA

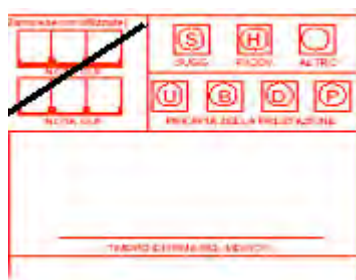
5.1.1

La **NOTA AIFA** consiste in un richiamo sul fatto che il farmaco, seppur collocato nella fascia A, viene erogato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale solamente se sussistono alcune circostanze.

In mancanza di tali circostanze, espressamente stabilite per tutti i farmaci presenti nell'elenco ([ALLEGATO N. 4](#)), il farmaco è a totale carico dell'assistito.

Per consentire l'erogazione del farmaco in regime di convenzione, il medico prescrivente attesta la conformità delle condizioni di nota riportando il numero della nota relativa al farmaco prescritto .

Nella prescrizione di un farmaco soggetto a nota, per indicazioni non comprese nella nota stessa, è opportuno barrare la casella, come da esempio:



Agli assistiti **titolari di pensione** per invalidità di guerra (G01 e G02) ed alle **vittime** del terrorismo e della criminalità organizzata (V01), possono essere prescritti con oneri a carico del SSN anche medicinali appartenenti alla classe C o farmaci di classe A non ammessi al rimborso (quali i farmaci soggetti a nota prescritti per indicazioni autorizzate non comprese nella nota stessa).

### Altre limitazioni

5.1.2

- Alcuni medicinali sono prescrivibili, a condizione che siano rispettate le condizioni previste relativamente alle indicazioni terapeutiche o alle precauzioni di impiego, con apposizione, da parte del prescrittore, in calce alla ricetta, di esplicita dichiarazione riguardante l'avvenuto assolvimento di alcuni adempimenti (esempio: clozapina e esecuzione della conta e della formula leucocitaria, compatibilità dei valori con inizio, prosecuzione o ripresa del trattamento).
- Alcuni medicinali sono prescrivibili in CLASSE A a condizione che lo specialista, strutturato presso un **Centro autorizzato dalla Regione**, formuli la diagnosi e predisponga il **Piano Terapeutico (PT)** corrispondente, a validità massima annuale.

Successivamente a tale termine o a seguito di modifiche dello schema terapeutico, per consentire la continuità della prescrizione convenzionale, è necessario rinnovare il PT.

I Piani terapeutici devono essere redatti in **triplice copia**: due copie devono essere consegnate all'assistito (una per l'assistito e una per il medico curante), mentre la terza copia deve essere trasmessa al Servizio Farmaceutico dell'Azienda sanitaria di residenza dell'assistito (per consentirne il monitoraggio epidemiologico e di spesa). Devono essere conservati almeno 1 anno dalla data di scadenza della loro validità.

5.1.3

### Farmaci "generici"

Alcuni farmaci inclusi nella CLASSE A hanno un equivalente "generico" - esiste cioè un farmaco di eguale composizione in principio attivo, forma farmaceutica, via di somministrazione, biodisponibilità, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali - che viene venduto a un prezzo inferiore rispetto al farmaco "originatore" in quanto è scaduta la copertura del brevetto.

In tal caso, il Servizio Sanitario Nazionale, rimborsa solo il prezzo del farmaco più economico sulla base di una lista aggiornata mensilmente e pubblicata dall'AIFA sul proprio sito.

**Il farmacista e il medico prescrittore sono tenuti a dare comunicazione all'assistito dell'esistenza del farmaco generico.**

Se l'assistito rifiuta la fornitura del farmaco generico gli sarà fornito il farmaco prescritto e il farmacista richiederà al paziente la corresponsione della quota pari alla differenza tra il prezzo vigente del medicinale effettivamente dispensato e il valore di riferimento.

Qualora il medico prescrivente ravvisi la necessità che l'assistito assuma proprio lo specifico farmaco coperto dal brevetto, dovrà segnalarlo sulla prescrizione apponendo la dicitura "**non sostituibile**" o altra dizione assimilabile.

## **FARMACI DI CLASSE C: Altri farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci di cui alla classe A**

5.2

I farmaci di CLASSE C devono essere prescritti sul ricettario privato e sono pagati dall'assistito per il loro intero costo.

Ai sensi di quanto disposto dal "Codice di protezione dei dati personali" sulle prescrizioni di farmaci redatte su ricettario privato **le generalità dell'interessato non sono indicate** tranne il caso in cui il medico ritenga indispensabile permettere di risalire all'identità dell'interessato (per un'effettiva necessità derivante dalle particolari condizioni del medesimo interessato o da una speciale modalità di preparazione o utilizzazione del farmaco).

**In alcuni casi** i farmaci di CLASSE C **sono erogati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale** alle condizioni di seguito specificate.

I farmaci di CLASSE C sono prescritti su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, in numero massimo di **due confezioni** per singola ricetta, nei confronti di:

- assistiti **titolari di pensione** per invalidità di guerra (G01 e G02) ed alle **vittime** del terrorismo e della criminalità organizzata (V01) nei casi in cui il MMG ne attesti la comprovata utilità terapeutica, annotando apposita dicitura sulla ricetta.
- assistiti affetti da **fibrosi cistica** (cod. esenzione: **018**) con specificazione sulla ricetta delle motivazioni diagnostiche terapeutiche che impongono la *tempestiva* assunzione del farmaco prescritto, annotando apposita dicitura sulla ricetta.

## **SOSTITUZIONE DI FARMACO DA PARTE DEL FARMACISTA**

5.3

Nel caso di irreperibilità della specialità medicinale prescritta nel normale ciclo di distribuzione, il farmacista può sostituirla con altra specialità medicinale di uguale composizione e forma farmaceutica e di pari indicazione terapeutica che abbia prezzo uguale o inferiore per il SSN.

Nel caso di urgenza assoluta o manifesta il farmacista consegna un altro medicinale di uguale composizione e di pari indicazione terapeutica.

La sostituzione della specialità medicinale deve essere motivata, a tale scopo sul verso della ricetta è previsto lo spazio da utilizzare per le annotazioni del farmacista che deve anche controfirmare.

STION NUMBER	
REF OF THE CARD	FIRMA DELL'ASSISTITO SIGNATURE
AUTORIZZAZIONE E MOTAZIONI DEL FARMACISTA <b>Motivazione sostituzione farmaco</b>  <b>Firma del farmacista</b> FIRMA DEL FARMACISTA	
- AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI e nel territorio della Regione e in quelle extra-regionali di confine nel rispetto della legge di autorizzazione	

5.4

## LIMITI DI PRESCRIVIBILITA' DEI FARMACI EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il limite dei farmaci prescrivibili su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale è di massimo **due confezioni** (anche riferite a principi attivi diversi) per singola ricetta con le seguenti eccezioni:

- Massimo **tre confezioni** per singola ricetta, per una massimo di 60 giorni di terapia, nei confronti di:
  - soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti
  - soggetti affetti da malattie rare
  
- Massimo **sei confezioni** per ricetta:
  - Medicinali a base di antibiotici in confezione monodose
  - Medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica
  - Medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi

Le richieste riguardanti farmaci erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale hanno **validità limitata a 30 giorni** esclusa la data del rilascio.

5.5

## PRESCRIZIONI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

### Prescrizioni redatte su ricetta ministeriale a ricalco (RMR)

La L. 49/2006 ha introdotto un nuovo modello di ricetta a ricalco, approvata con D.M. 10.03.2006, che sostituisce sia la "vecchia" ricetta ministeriale a madre e figlia che la ricetta a ricalco precedentemente utilizzata per la prescrizione di analgesici stupefacenti dell'allegato III bis nel trattamento del dolore.

Il ricettario va utilizzato solo per la prescrizione dei medicinali compresi nella Tabella II- Sezione A.

Il modello della ricetta prevede la compilazione in duplice copia, a ricalco, per i medicinali non forniti con oneri a carico del SSN e in triplice copia a ricalco per i medicinali forniti in regime di SSN.

Sulla ricetta RMR possono essere prescritti:

A) i farmaci di tabella I sez A contenenti le sostanze analgesiche oppiacee naturali e di sintesi, i barbiturici o altri medicinali di corrente impiego con capacità di indurre grave dipendenza fisica o psichica:

- ❖ Flunitrazepam (Roipnol),
- ❖ Petidina,
- ❖ Metilfenidato (Ritalin),
- ❖ Nandrolone (dal 9/7/2010)
- ❖ Buprenorfina (per disassuefazione)
- ❖ Metadone ( “ “ )

indicando:

- ✓ nome e cognome dell'assistito
- ✓ non è obbligatorio indicare indirizzo del paziente
- ✓ farmaco, dose, posologia e modo di somministrazione
- ✓ ammesse abbreviazioni: cr, mg, ml...
- ✓ indirizzo e n° telefonico del medico
- ✓ data , firma originale in prima pagina e timbro del medico
- ✓ è prescrivibile un unico medicinale o forma farmaceutica per ricetta

B) i medicinali appartenenti all'all.to III-bis (L. 12/01), non derubricati in tabella I sez D, prescritti per la terapia del dolore:

INIETTABILI:

- ❖ buprenorfina (Temgesic)
- ❖ fentanyl e derivati (Fentanest)
- ❖ metadone (Metadone, Eptadone)
- ❖ morfina (Morfina gal., Cardiostenol)

NON INIETTABILI

- ❖ Buprenorfina orale (Temgesic)
- ❖ Metadone orale (Metadone, Eptadone),

in tal caso è necessario indicare il codice “TDL” nello spazio apposito in cui viene indicata la condizione di esenzione SSN e, solo in questo caso, è possibile prescrivere due medicinali o dosaggi differenti per ricetta.

La validità della ricetta è di 30 gg escluso quello del rilascio su tutto il territorio nazionale (RMR) per una durata della terapia non superiore a 30 giorni, escluso il giorno di redazione.

### **Prescrizioni redatte su ricetta SSN**

Riguardano tutti gli oppioidi dell'allegato III- bis derubricati in tabella II – sez D, prescritti, in convenzione , per la terapia del dolore (questi medicinali possono essere prescritti anche su RMR).

E' possibile prescrivere due medicinali o forme farmaceutiche differenti per una terapia di durata massima di trenta giorni.

La durata della terapia prescritta non deve essere superiore a 30 giorni, escluso il giorno di redazione, e la validità della ricetta è trenta giorni dalla data di rilascio.

La prescrizione:

- ❖ può comprendere 2 medicinali diversi o 2 dosaggi diversi dello stesso medicinale
- ❖ deve riportare la posologia
- ❖ deve riportare il codice TDL, o altra esenzione, se vengono prescritte 3 confezioni
- ❖ un numero di confezioni superiore a 3 può essere prescritto unicamente indicando il codice “ TDL”

I farmaci appartenenti alla tabella II sezz. B-D, prescritti con oneri a carico del SSN sul modello SSN:

Tab II – C: Gardenale, Luminale, Talwin

Tab II – D: Tachidol, Coefferalgan

devono rispettare i seguenti limiti:

- ❖ 2 conf per terapia non > a 60 giorni
- ❖ 3 confezioni con cod. esenzione

## **FORNITURA DIRETTA E “PER CONTO” (DPC) DI FARMACI DI CLASSE A, NON SOGGETTI AL DPR 309/90, PER I QUALI SIA PREVISTA ANCHE L’EROGAZIONE CONVENZIONALE**

5.6

A) ) Il Prontuario Ospedale Territorio (PH-T) elenca i medicinali di classe A per i quali, previa eventuale prescrizione su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle Regioni, è prevista la possibilità di distribuzione diretta anche da parte delle strutture pubbliche.

Il PH-T, soggetto a revisione periodica, è concepito come uno strumento per assicurare la continuità terapeutica, ponendo il paziente al centro della strategia assistenziale, caratterizzata da criticità diagnostica e terapeutica e dalla esigenza di un periodico follow-up con la struttura specialistica e da accessi programmati e periodici da parte del paziente.

L'accordo di area vasta giuliano-isontina, legittima la distribuzione “per conto” dei medicinali PHT contenenti i seguenti principi attivi, escludendo le confezioni nelle varie forme farmaceutiche e dosaggi nel caso in cui il prezzo al pubblico, se ancora tutelate da copertura brevettuale, o il prezzo di riferimento, se a brevetto scaduto, sia inferiore a trenta euro:

- ❖ A10AE04 INSULINA GLARGINE
- ❖ A10AE05 INSULINA DETEMIR
- ❖ A10BD05 PIOGLITAZIONE+METFORMINA
- ❖ A10BD06 PIOGLITAZIONE+GLIMEPIRIDE
- ❖ A10BD07 SITAGLIPTIN+METFORMINA
- ❖ A10BD08 VILDAGLIPTIN+METFORMINA
- ❖ A10BG03 PIOGLITAZIONE CLORIDRATO
- ❖ A10BH01 SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO
- ❖ A10BH02 VILDAGLIPTIN
- ❖ A10BH03 SAXAGLIPTIN CLORIDRATO
- ❖ A10BX04 EXENATIDE
- ❖ A10BX07 LIRAGLUTIDE
- ❖ B01AC22 PRASUGREL
- ❖ B01AC24 TICAGRELOR
- ❖ B01AX05 FONDAPARINUX SODICO
- ❖ B02AB03 PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA
- ❖ B02BD COMPLESSO PROTOMBINICO UMANO
- ❖ B02BD02 FATTORE VIII COAGULAZIONE SANGUE UMANO
- ❖ B02BD02 FATTORE VIII DI COAGULAZIONE OCTOCOG ALFA
- ❖ B02BD02 FATTORE VIII RICOMBINANTE
- ❖ B02BD02 MOROCTOCOG ALFA (FATTORE EMOFILICO RICOMBINANTE)
- ❖ B02BD03 COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMOFILICO UMANO ATTIVATO
- ❖ B02BD04 FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO
- ❖ B02BD05 PROTEINE PLASMATICHE UMANE FATTORE VII
- ❖ B02BD06 FATTORE VIII COAGULAZIONE+FATTORE VON WILLEBRAND
- ❖ B02BD09 FATTORE VIII DI COAGULAZIONE NONACOG ALFA
- ❖ B03XA01 EPOETINA ALFA



- ❖ B03XA01 EPOETINA BETA
- ❖ B03XA01 EPOETINA TETA
- ❖ B03XA01 EPOETINA ZETA
- ❖ B03XA02 DARBEPOETIN ALFA
- ❖ B03XA03 EPOETINA BETA-METOSSIPOLIETILENGLICOLE
- ❖ C01BD07 DRONEDARONE
- ❖ C01EB17 IVABRADINA
- ❖ C01EB18 RANOLAZINA
- ❖ D06BB10 IMIQUIMOD
- ❖ D11AH01 TACROLIMUS
- ❖ G03GA02 MENOTROPINA UMANA
- ❖ G03GA04 UROFOLLITROPINA UMANA
- ❖ G03GA05 FOLLITROPINA ALFA
- ❖ G03GA06 FOLLITROPINA B (ORMONE FOLLICO-STIMOLANTE)
- ❖ G03GA07 LUTROPINA ALFA
- ❖ G03GA08 CORIOGONADOTROPINA ALFA
- ❖ G03GA30 FOLLITROPINA ALFA+LUTROPINA ALFA
- ❖ H01AC01 SOMATROPINA RICOMBINANTE
- ❖ H01BA02 DESMOPRESSINA DIACETATO
- ❖ H01CA01 GONADORELINA
- ❖ H01CB02 OCTREOTIDE
- ❖ H01CB03 LANREOTIDE
- ❖ H05BX01 CINACALCET
- ❖ H05BX02 PARACALCITOLO
- ❖ J05AB11 VALACICLOVIR
- ❖ J05AB14 VALGANCICLOVIR
- ❖ J05AF05 LAMIVUDINA
- ❖ J06BB01 IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTI\_D (RHO)
- ❖ L01XX14 TRETINOINA
- ❖ L02AE01 BUSERELIN ACETATO
- ❖ L02AE02 LEUPRORELINA ACETATO
- ❖ L02AE03 GOSERELIN ACETATO
- ❖ L02AE04 TRIPTORELINA
- ❖ L02BB03 BICALUTAMIDE
- ❖ L02BX02 DEGARELIX
- ❖ L03AA02 FILGRASTIM
- ❖ L03AA10 LENOGRASTIM
- ❖ L03AA13 PEGFILGASTRIM
- ❖ L03AB01 INTERFERONE ALFA
- ❖ L03AB04 INTERFERONE ALFA-2A
- ❖ L03AB05 INTERFERONE ALFA-2B
- ❖ L03AB10 PEGINTERFERON ALFA-2B
- ❖ L03AB11 PEGINTERFERON ALFA-2A
- ❖ L04AA10 SIROLIMUS
- ❖ L04AA13 LEFLUNOMIDE
- ❖ L04AA18 EVEROLIMUS
- ❖ L04AD02 TACROLIMUS
- ❖ N04BA03 LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE
- ❖ N04BX01 TOLCAPONE
- ❖ N04BX02 ENTACAPONE

B) In corso di validità dell'accordo per la distribuzione "per conto" (DPC) nell'ambito dell'Area vasta giuliano-isontina, risulteranno esclusi dalla DPC:

- ❖ ossigeno terapeutico,
- ❖ eparine a basso peso molecolare,
- ❖ medicinali della nota 65,
- ❖ farmaci il cui prezzo al pubblico, se ancora tutelati da copertura brevettuale, o il cui prezzo di riferimento, se a brevetto scaduto, sia inferiore a trenta euro,

Oltre a ciò, in tutti i contesti aziendali in cui i medici specialisti lo ritengano necessario per il bene del paziente e della comunità (es. impiego di farmaci antipsicotici in pazienti affetti da forme di schizofrenia grave a rischio di mancata adesione alla terapia) sarà possibile erogare il farmaco in forma diretta.

C) L'art. 8 della Legge 405/2001 prevede particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti, consentendo l'erogazione diretta da parte dell'Azienda sanitaria dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale oltreché la fornitura diretta dei farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale.

In condizioni di validità dell'accordo di area vasta per la distribuzione "per conto", l'ASS, anche tramite le altre Aziende del SSR, potranno comunque garantire la fornitura del primo ciclo terapeutico post dimissione e post visita specialistica ambulatoriale e nell'assistenza domiciliare (assistenza residenziale e semi residenziale compresa).

Anche in tali casi l'erogazione avviene in forma diretta, alternativa a quella convenzionale, effettuata attraverso le farmacie pianificate sul territorio (aperte al pubblico).

## NORME A CARATTERE GENERALE RIVOLTE AI FARMACISTI

5.7

- I **bollini autoadesivi** delle confezioni delle specialità medicinali e dei prodotti galenici o di assistenza integrativa dispensati, debbono essere applicati dalla farmacia avendo cura di rispettare i margini dei riquadri a ciò destinati, evitando la sovrapposizione e il capovolgimento dei bollini e delle fustelle stesse, che ostacolerebbero la lettura ottica dei codici.

Non è consentito l'uso di punti metallici, ma solo di nastro adesivo trasparente tale da non pregiudicare la lettura da parte di sistemi ottici.



- La **data di erogazione** deve essere indicata trascrivendo nella apposita area i caratteri numerici identificativi di giorno, mese e anno (GG/MM/AA). Tutte le caselle devono essere riempite, di conseguenza, per l'indicazione dei giorni da 1 a 9 e dei mesi da gennaio a settembre, il numero corrispondente dovrà essere preceduto dal valore "0". Nel caso in cui vengano utilizzati timbri datari essi dovranno riportare solo caratteri numerici (formato OCR). Dovrà essere posta particolare attenzione a non sovrapporre il timbro della struttura erogante sulle caselle utilizzate per l'indicazione della data di spedizione.

Diagram of a prescription form. At the top, there are icons for 'RICETTA' and 'MEDICAZIONE'. Below, there are fields for 'TIPOLOGIA DELLA RICETTA' and 'TIPOLOGIA DELLA MEDICAZIONE'. A central field contains the progressive number '080305'. Below this, there are fields for 'DATA PRESCRIZIONE / TIPOLOGIA STRUTTURA ELEGANTE' and 'NUMERO PROGRESSIVO'.

- Il **numero progressivo** della ricetta deve essere obbligatoriamente apposto dal farmacista secondo le vigenti disposizioni utilizzando lo spazio e ciò destinato. Possono essere utilizzati appositi timbri o sistemi automatizzati.

Diagram of a prescription form showing the progressive number field. The field is labeled 'NUMERO PROGRESSIVO' and contains the value '080305'. Below it, there are fields for 'DATA PRESCRIZIONE / TIPOLOGIA STRUTTURA ELEGANTE' and 'TIPOLOGIA DELLA RICETTA'.

- Il rilascio di **autorizzazioni** e l'apposizione di **annotazioni** da parte del farmacista devono essere effettuate nell'apposito spazio collocato sul **retro della ricetta**, dove è previsto lo spazio da utilizzare per le annotazioni del farmacista in caso di sostituzione del farmaco; in tal caso il farmacista deve apporre la sua firma. La firma non va apposta nel caso di sostituzioni relative a farmaci generici.
- Lo spazio sul retro "autorizzazioni/annotazioni del Farmacista" dovrà essere utilizzato anche per la distribuzione di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera a) della Legge 16.11.2001, n. 405.

Diagram of the back of a prescription form. At the top, there are fields for 'TIPOLOGIA DELLA RICETTA' and 'TIPOLOGIA DELLA MEDICAZIONE'. Below, there are fields for 'DATA PRESCRIZIONE / TIPOLOGIA STRUTTURA ELEGANTE' and 'NUMERO PROGRESSIVO'. A large central area is labeled 'AUTORIZZAZIONI E ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA'. Below this, there are fields for 'FIRMA DELL'ASSISTITO (SIGNATURE)' and 'FIRMA DEL FARMACISTA'. At the bottom, there are fields for 'AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI' and 'AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI'.

L'importo relativo alla quota di partecipazione alla spesa (ticket) e gli importi relativi ai galenici, o altro, devono essere trascritti nelle apposite zone con allineamento a destra per la parte intera, facendo attenzione all'importo del decimale con l'aggiunta dello zero a sinistra in caso di valori centesimali inferiori a 10 (es... |\_|\_|\_|7,|0|5| ).



## ALLEGATO N. 1

# MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI

### ELENCO CODICI E DENOMINAZIONI

<b>001</b>	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
<b>002A</b>	MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE
<b>002B</b>	MALATTIE CEREBROVASCOLARI
<b>002C</b>	MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI
<b>003</b>	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
<b>005</b>	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
<b>006</b>	ARTRITE REUMATOIDE
<b>007</b>	ASMA
<b>008</b>	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
<b>009</b>	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
<b>011</b>	DEMENZE
<b>012</b>	DIABETE INSIPIDO
<b>013</b>	DIABETE MELLITO
<b>014</b>	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
<b>016</b>	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
<b>017</b>	EPILESSIA
<b>018</b>	FIBROSI CISTICA
<b>019</b>	GLAUCOMA
<b>020</b>	INFEZIONE DA HIV
<b>021</b>	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
<b>022</b>	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
<b>023</b>	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
<b>024</b>	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
<b>025</b>	- IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III

- 026** IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
- 027** IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)
- 028** LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
- 029** MALATTIA DI ALZHEIMER
- 030** MALATTIA DI SJOGREN
- 031** IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
- 031A** IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO
- 032** MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
- 034** MIASTENIA GRAVE
- 035** MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
- 036** MORBO DI BUERGER
- 037** MORBO DI PAGET
- 038** MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
- 039** NANISMO IPOFISARIO
- 040** NEONATI PREMATURI, IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
- 041** NEUROMIELITE OTTICA
- 042** PANCREATITE CRONICA
- 044** PSICOSI
- 045** PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)
- 046** SCLEROSI MULTIPLA
- 047** SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)
- 048** SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO
- 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 DALLA APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI
- 050** SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
- 051** SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI
- 052** SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
- 053** SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
- 054** SPONDILITE ANCHILOSANTE
- 055** TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
- 056** TIROIDITE DI HASHIMOTO

Nelle pagine seguenti sono elencate, per ogni patologia, le prestazioni da erogarsi esenzione.

**001****ACROMEGALIA E GIGANTISMO**

253.0

	89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LP]
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.3.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
	89.3	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Visita radioterapica pretrattamento
		PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO.

**002A****MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE**

.394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426; .427; .429.4; .745; .746; .V42.2; .V43.3; .V45.0

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
FVG	88.7211	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecografia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA - Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecografia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)

**In corso di trattamento anticoagulante:**

	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

**002B****MALATTIE CEREBROVASCOLARI**

.433; .434; .437

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo.
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologia

**In corso di trattamento anticoagulante:**

	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

**002C****MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, CAPILLARI, VENE E VASI LINFATICI**

.440; .441.2; .441.4; 441.7; 441.9; .442; 444; .447.0; .447.1; .447.6; .452; .453; .459.1; 557.1; .747; .V43.4

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
88.76.2	ECOGRAFIA DEI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica

**In corso di trattamento anticoagulante:**

90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

**003****ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE**

283.0

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
90.09.1	APTOGLOBINA
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
FVG 90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er/LPr]
90.22.5	FERRO (S)
FVG 90.42.5	TRANSFERRINA [S/U/LPr]
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTIERITROCITI [Test di Coombs diretto]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)

**005****ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA**

307.1, 307.51

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita neuropsichiatrica infantile di controllo
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.22.5	FERRO (S)
FVG 90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG 90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG 90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG 90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
90.44.1	UREA (S/P/U/dU)
90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO

90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND.DERIV., F. L.  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

**006**

**ARTRITE REUMATOIDE**

.714.0; .714.1; 714.2; 714.30; .714.32; 714.33

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]  
90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
90.16.4 CREATININA CLEARANCE  
FVG 90.22.3 FERRITINA [P/(Sg)Er/LP]  
90.22.5 FERRO [S]  
FVG 90.42.5 TRANSFERRINA [S/U/LP]  
90.44.2 URINE CONTA DI ADDIS  
90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  
90.60.2 COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.  
90.64.2 FATTORE REUMATOIDE  
90.72.3 PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)  
90.82.5 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
- RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) SEGMENTARIA DEL/I DISTRETTO/I INTERESSATO/I  
92.14.1 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA  
81.91 ARTROCENTESI Aspirazione articolare  
Escluso quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)  
93.03 VALUTAZIONE PROTESICA  
FVG 93.11.2 RIEDUC. MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE  
Incluso: Biofeedback per seduta di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)  
FVG 93.11.4 RIEDUC. MOTORIA INDIVID. IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE  
Incluso: Biofeedback per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)  
93.22 TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO  
Incluso: Addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)  
LEA R 93.39.5 ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (1 seduta all'anno)  
Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)  
93.83 TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana  
Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute di 30 minuti)

**Nella forma di poliartrite cronica giovanile (714.30; 714.32; 714.33):**

\$ 90.20.4 FARMACI ANTIINFIAMMATORI Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati.

**007**

**ASMA**

.493

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.  
90.68.1 IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO  
(Per pannello, fino a 12 allergeni)  
90.68.2 IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
91.90.6 TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA  
(Fino a 12 allergeni)



	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
FVG	88.7211	ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta Individuale (Ciclo di dieci sedute)
	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale per seduta (Ciclo di dieci sedute)

## 008 CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE

.571.2; .571.5; .571.6

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
FVG	90.07.5	AMMONIO [P/U]
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
FVG	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er/LP]
	90.22.5	FERRO [S]
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LP)
FVG	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F/Las/LP]
	90.30.2	LIPASI [S]
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LP]
FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LP]
	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)
	90.43.2	TRIGLICERIDI
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo. Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'Intestino tenue. Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14 - 45.16)

## 009 COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN

.555; .556

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
--	-------	--

	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.22.5	FERRO [S]
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.65.2	CLISMA con doppio contrasto
	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO
	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'Intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14 – 45.16)
	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), endoscopia transaddominale dell'intestino crasso.
	45.14	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO TENUE Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)
	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia
	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)

## 011 DEMENZE

.290.0; 290.1; 290.2; .290.4; 291.1; 294.0

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE : Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78). Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute <i>di 30 minuti</i> ) oppure:
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute <i>di 30 minuti</i> )
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI: Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute) oppure:
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI: Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)

**Limitatamente a sospetto diagnostico specifico, clinicamente motivato ed esplicitamente documentato e ad una prestazione per anno:**

	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare
--	---------	---

**In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:**

\$	90.03.4	ACIDO VALPROICO
\$FVG	90.07.4	AMITRIPTILINA ANTIDEPRESSIVI (ogni determinazione costituisce una prestazione)

\$	90.09.3	BARBITURICI
\$	90.09.4	BENZODIAZEPINE
\$FVG	90.12.3	CARBAMAZEPINA, CARABAMAZEPINA EPOSSIDO, FELBAMATO, GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, TOPIRAMATO (ogni determinazione costituisce una prestazione)
\$	90.17.4	DESIPRAMINA
\$	90.28.3	IMIPRAMINA
\$	90.32.2	LITIO [P]
\$	90.34.3	NORTRIPTILINA
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
\$		La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati.

## 012 DIABETE INSIPIDO

.253.5

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visia di controllo)
	90.04.1	ADIURETINA (ADH)
	90.13.3	COLORURO [S/U/dU]
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

## 013 DIABETE MELLITO

.250

*Prestazioni erogabili anche in caso di diabete gestazionale (M50)*

LEA R	89.7	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA (1^ visita)
*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)
*	90.14.1	COLESTEROLO HDL
*	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
*	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
*FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
*	90.28.1	Hb – EMOGLOBINA GLICATA
*	90.33.4	MICROALBUMINURIA
	90.43.2	TRIGLICERIDI
	90.43.5	URATO (S/U/dU)
*	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: Conta batterica
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica

93.8.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica / cinetica
95.6	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA
* 95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
* 14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) oppure:
* 14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER).
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa; non è dovuto il pagamento della quota fissa per la prestazione "91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO" ad esse associata.

**Ai soggetti affetti da diabete mellito, sono forniti, nell'ambito della assistenza integrativa, i prodotti diagnostici reattivi per la ricerca del glucosio nelle urine, reattivi per la ricerca di corpi chetonici nelle urine, reattivi per la ricerca contemporanea del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine, reattivi per il dosaggio della glicemia (test rapido con una goccia di sangue), siringhe da insulina monodose, aghi e lancette.**

La prescrizione viene effettuata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale dal *medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico specialista*, nel rispetto del fabbisogno mensile presunto, a seguito del riconoscimento della esenzione per patologia (cod. 013), senza bisogno della autorizzazione distrettuale

L'erogazione di detti presidi è limitata alla forma indiretta convenzionale, riservata alla farmacie, ferma restando la possibilità di distribuzione diretta da parte delle strutture competenti

## **014** DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL .303; .304

### **In trattamento di disassuefazione o in Comunità di recupero:**

\* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

L'ESENZIONE NON E' RIFERITA ALLA CONDIZIONE DI DIPENDENZA INTESA QUALE MALATTIA, BENSÌ ALLE SPECIFICHE MALATTIE AD ESSA CORRELATE.

LEA R SONO ALTRESÌ EROGATI I TRATTAMENTI E PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE (La prescrizione deve essere fatta dal MMG o dal medico del SERT)

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa.

## **016** EPATITE CRONICA (ATTIVA) .571.4; .070.32; .070.33; .070.54;.070.9

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.22.5	FERRO [S]

	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F/Las/LP]
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
	90.39.4	RAME [S/U]
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HbsAg
	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HbeAg
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
FVG	91.1924	VIRUS EPATITE HBV ANALISI QUANTITATIVA DI HBV DNA (reazione polimerasica a catena)
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
	91.1951	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI Ig M
	91.1952	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI Ig G
	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Insieme: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnos.fegato
	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA
<b>Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni:</b>		
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
	90.12.5	CERULOPLASMINA
FVG	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er/LP]
<b>In caso di trattamento con interferone:</b>		
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
	90.5251	ANTICORPI ANTI ORGANO (I.F.)
	90.5252	ANTICORPI ANTI ORGANO (E.I.A.)
	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)

## 017

.345

### EPILESSIA

(Esclusa sindrome di Lennox – Gastaut)

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
\$	90.03.4	ACIDO VALPROICO
\$	90.09.3	BARBITURICI
\$	90.09.4	BENZODIAZEPINE
\$FVG	90.12.3	CARBAMAZEPINA, CARABAMAZEPINA EPOSSIDO, FELBAMATO, GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, TOPIRAMATO (ogni determinazione costituisce una prestazione)
\$	90.20.2	ETOSUCCIMIDE
\$	90.22.1	FENITOINA

\$	90.37.5	PRIMIDONE
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore
	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio
	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEO REGISTRAZIONE
	89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali
	87.3.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio, [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare
\$		La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

## 018 FIBROSI CISTICA

.277.0

Secondo le modalità di erogazione previste dalla Legge 23 dicembre 1993, n. 548:

**“Le Regioni tramite le A.S.L. provvedono a fornire gratuitamente il materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia anche ultrasonica, l'ossigenoterapia, l'antibioticoterapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati – cod. 018. I farmaci, i supplementi nutrizionali, i presidi sanitari e le apparecchiature di terapia di riabilitazione sono forniti ai pazienti direttamente dalle Aziende Sanitarie di residenza su prescrizione di un centro specializzato per la malattia”.**

\* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa.

## 019 GLAUCOMA

.365.1; .365.3; .365.4;.365.5; .365.6; .365.8

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA
95.5	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica / cinetica
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95.13	ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecobiometria

**020****INFEZIONE DA HIV**

.042; (cod agg.) .079.53; .V08

\* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa.

**B01****Prestazioni diagnostiche a soggetto a rischio HIV****021****INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)**

.428

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
FVG	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU/LPr]
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
\$	90.21.1	FARMACI DIGITALICI
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI ( gamma GT) [S/U]
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.44.31	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
		Radiografia standard del torace [Telerradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
FVG	88.7211	ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia
		Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
		Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO
		Ecocardiografia con contrasto
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CILOERGOMETRO e/o CON PEDANA MOBILE
		Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
FVG	93.36.1	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
		Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)
FVG	93.36.2	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
		Per seduta collettiva di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)
\$		La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

**022****INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)**

.255.4

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
	90.24.5	FOSFORO
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]

FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

## 023

.585

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU/LPr]
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
	90.14.1	COLESTEROLO HDL
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
FVG	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er/LPr]
	90.22.5	FERRO [S]
	90.24.5	FOSFORO
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.42.5	TRANSFERRINA [S/U/LPr]
	90.43.2	TRIGLICERIDI
	90.43.5	URATO [S/U/dU]
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)

### Per i soggetti con insufficienza renale cronica per i quali è indicato il trattamento dialitico, in aggiunta:

	91.17.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBcAg
	91.18.2	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg
	91.18.3	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg
	91.18.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBeAg
	91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg
	91.19.2 (R)	VIRUS EPATITE B (HBV) DNA-POLIMERASI
	91.19.3	VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
	91.1951	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI Ig M
	91.1952	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI Ig G
	91.20.1	VIRUS EPATITE C (HCV) IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)



91.20.3 VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTICORPI  
91.2051 VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTIGENE HDVAg

**Per i soggetti in trattamento dialitico, secondo le condizioni cliniche individuali:**

\* 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

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa

**024**

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA**

.518.81

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]  
90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
FVG 90.37.4 POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]  
FVG 90.40.4 SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]  
\$ 90.41.2 TEOFILLINA  
90.44.31 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.  
89.65.1 EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA  
Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso  
91.48.5 PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO  
91.49.1 PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS  
Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)  
FVG 88.7211 ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia  
Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.  
FVG 88.7212 ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA  
Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca  
FVG 88.7213 ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO  
Ecocardiografia con contrasto  
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA  
93.18.1 ESERCIZI RESPIRATORI  
Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)  
93.99 ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale  
Per seduta (Ciclo di dieci sedute)  
\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati.

**025**

- IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa e IIb  
- IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA  
- IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA  
- IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III

.272.0; .272.2; .272.4

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
90.14.1 COLESTEROLO HDL  
90.14.3 COLESTEROLO TOTALE  
90.30.3 LIPOPROTEINA (a)  
90.43.2 TRIGLICERIDI  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

**In caso di complicanza cardiovascolare**

89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA

FVG	88.7211	ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO e/o PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica

**In trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante:**

	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F/Las/LP]
	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
*	99.71 (H)	PLASMAFERESI TERAPEUTICA (LDL AFERESI SELETTIVA)
*		Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa

**026**

.252.0; .252.1

**IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO**

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LP]
	90.24.5	FOSFORO
	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
		RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) SEGMENTARIA OSSEA DEL / I DISTRETTO / I INTERESSATO / I
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	87.3.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	95.2	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

**027**

**IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE) .243; .244**

	89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
	90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)

88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO  
Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi

**In caso di complicanza cardiaca:**

FVG 88.7211 ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia  
Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.  
FVG 88.7212 ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA  
Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca  
FVG 88.7213 ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO  
Ecocardiografia con contrasto  
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA

**028**

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

.710.0

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]  
90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
90.16.4 CREATININA CLEARANCE  
90.25.5 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]  
FVG 90.27.1 GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)  
FVG 90.38.4 PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR]  
Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)  
90.44.1 UREA [S/P/U/dU]  
90.44.2 URINE CONTA DI ADDIS  
90.44.31 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  
90.48.3 ANTICORPI ANTI DNA NATIVO  
90.52.4 ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)  
90.60.2 COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)  
90.61.1 CRIOGLOBULINE RICERCA E DOSAGGIO (CRIOCRITICO)  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.  
90.64.2 FATTORE REUMATOIDE  
90.72.3 PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)  
90.82.5 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS  
Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)  
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA  
FVG 88.7211 ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia  
Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.  
FVG 88.7212 ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA  
Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca  
FVG 88.7213 ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO  
Ecocardiografia con contrasto  
88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE  
Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo  
Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)  
88.99.1 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE  
SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia  
oppure:  
LEA R 88.99.2 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X  
Lombare, femorale, ultradistale (*intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi*)  
LEA R 88.99.3 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X  
Total body (*intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi*)  
95.2 ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO  
Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

**029**

.331.0

**MALATTIA DI ALZHEIMER**

- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
 93.83 TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana  
 Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78)  
 Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute *di 30 minuti*)  
 oppure:
- 93.83.1 TERAPIA OCCUPAZIONALE  
 Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute *di 30 minuti*)
- 93.89.2 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI  
 Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche  
 Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute )  
 oppure:
- 93.89.3 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI  
 Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche  
 Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute )

**Limitatamente a sospetto diagnostico specifico, clinicamente motivato ed esplicitamente documentato e ad una prestazione per anno:**

- 87.3.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON  
 CONTRASTO  
 TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo  
 oppure:
- 88.91.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO  
 ENCEFALICO  
 Incluso: relativo distretto vascolare

**Limitatamente a specifiche esigenze cliniche esplicitamente documentate:**

EVENTUALI ULTERIORI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE INDICATE PER PATOLOGIE ASSOCIATE E  
 CONSEGUENTI

**In caso di trattamento dello stato psicotico eventualmente associato:**

- \$ 90.03.4 ACIDO VALPROICO  
 \$FVG 90.07.4 AMITRIPTILINA *ANTIDEPRESSIVI*  
*(ogni determinazione costituisce una prestazione)*
- \$ 90.09.3 BARBITURICI  
 \$ 90.09.4 BENZODIAZEPINE  
 \$FVG 90.12.3 CARBAMAZEPINA, CARABAMAZEPINA EPOSSIDO, FELBAMATO,  
 GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, TOPIRAMATO  
*(ogni determinazione costituisce una prestazione)*
- \$ 90.17.4 DESIPRAMINA  
 \$ 90.28.3 IMIPRAMINA  
 \$ 90.32.2 LITIO (P)  
 \$ 90.34.3 NORTRIPTILINA  
 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
 94.12.1 VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

**030**

.710.2

**MALATTIA DI SJOGREN**

- 95.2 ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO  
 Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)  
 90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]  
 FVG 90.05.1 ALBUMINA [S/U/dU/LPr]  
 90.06.5 ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)  
 90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
 90.16.4 CREATININA CLEARANCE

	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F/Las/LP]
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	90.44.31	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA E DOSAGGIO (CRIOCRITO)
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
		RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DISTRETTO INTERESSATO
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA

### 031 IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO

.401; .402; .403; .404; .405

	89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.14.1	COLESTEROLO HDL
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.43.2	TRIGLICERIDI
	90.43.5	URATO (S/U/dU)
	90.4431	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
FVG	88.7211	ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.61.1	MONITORIAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI

### 031A IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO

.401; .402; .403; .404; .405

	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.44.31	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.61.1	MONITORIAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI

**032****MALATTIA O SINDROME DI CUSHING**

.255.0

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)
	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]
	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
FVG	90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
FVG	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
FVG	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er/LPr]
	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 Proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	87.3.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica / cinetica

**034****MIASTENIA GRAVE**

.358.0

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA
	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
	95.2	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

**Nella miastenia grave generalizzata o fulminante, refrattaria ad altre forme di trattamento:**

	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA
--	-------	--------------------------

**035****MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO**

.242.0; .242.1; 242.2; .242.3

	89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
	90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3)
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)

FVG	88.7211	ECOGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia Include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca.
FVG	88.7212	ECOGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA Ecocardiografia, include: Ecodopplergrafia cardiaca, Ecocolor Dopplergrafia cardiaca
FVG	88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
	95.2	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
	95.09.2	ESOFALMOMETRIA
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecoblometria
	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
	89.3	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Visita radioterapica pretrattamento
		PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO

### 036

.443.1

#### MORBO DI BUERGER

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE
	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA
	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)

### 037

.731.0

#### MORBO DI PAGET

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO
	90.24.5	FOSFORO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
		RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) OSSEA DEL DISTRETTO INTERESSATO
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE
	95.2	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

### 038

.332; .333.0; .333.1; 333.5

#### MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
\$	90.30.1	LEVODOPA
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute <i>di 30 minuti</i> ) oppure:
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute <i>di 30 minuti</i> )
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute) oppure:
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
FVG 93.03	VALUTAZIONE PROTESICA
FVG 93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta <i>di 60 minuti max. 5 pazienti</i> (Ciclo di dieci sedute)
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
LEA R 93.31.1	ESRCIZIO ASSISTITO IN ACQUA Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)

**Limitatamente a sospetto diagnostico specifico, clinicamente motivato ed esplicitamente documentato e ad una prestazione per anno:**

88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare
---------	---

\$ L a prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

### **039** NANISMO IPOFISARIO .253.3

FVG 89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG 90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA (1 proiezione ) polso – mano o ginocchia

### **040** NEONATI PREMATURI, IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

**Limitatamente ai primi tre anni di vita:**

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



**041**

.341.0

**NEUROMIELITE OTTICA**

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

**042**

.577.1

**PANCREATITE CRONICA**

	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
FVG	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U/Las/LP]
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
FVG	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/Du/LPr]
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG	90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La/LPr)
	90.30.2	LIPASI [S]
	90.43.2	TRIGLICERIDI
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni

**044****PSICOSI**

.295.0; 295.1; 295.2; .295.3; 295.5; .295.6; 295.7; .295.8; 296.0; .296.1; .296.2; .296.3; .296.4; .296.5; 296.6; .296.7; .296.8; .297.0; .297.1; .297.2; .297.3; .297.8; .298.0; .298.1; .298.2; .298.4; .298.8; .299.0; .299.1; .299.8

	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
	94.3	PSICO TERAPIA INDIVIDUALE
	94.42	PSICO TERAPIA FAMILIARE Per seduta
\$	90.03.4	ACIDO VALPROICO
\$FVG	90.07.4	ANTIDEPRESSIVI (ogni determinazione costituisce una prestazione)
\$	90.09.3	BARBITURICI
\$	90.09.4	BENZODIAZEPINE
\$FVG	90.12.3	CARBAMAZEPINA, CARABAMAZEPINA EPOSSIDO, FELBAMATO, GABAPENTINA, LAMOTRIGINA, TOPIRAMATO (ogni determinazione costituisce una prestazione)
\$	90.17.4	DESIPRAMINA
\$	90.28.3	IMIPRAMINA
\$	90.32.2	LITIO [P]
\$	90.34.3	NORTRIPTILINA
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute di 30 minuti) oppure:
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE: Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute di 30 minuti)

**In trattamento farmacologico per le psicosi, qualora sia specificamente indicato o reso obbligatorio il controllo della funzionalità di specifici organi, in aggiunta:**

controllo ematologico

	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
--	---------	---

#### controllo funzionalità renale

- 90.16.4 CREATININA CLEARANCE
- 90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO

#### controllo funzionalità tiroidea

- 90.42.1 TIREOTROPINA (TSH)
- 90.42.3 TIROXINA LIBERA (FT4)
- 90.43.3 TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)

#### Prima dell'esecuzione del trattamento e in corso di terapia con medicinali contenenti aloperidolo, droperido e pimozide (note AIFA):

- 89. 52 Elettrocardiogramma

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

### 045 PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)

.696.0; 696.1

- 89.1 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L
- 90.82.5 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
- 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
- 99.82 TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA  
Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute

LEA R 99.83.1(HI) FOTOBALNEOTERAPIA TOMESA  
per seduta (ciclo di 15 sedute) – solo per residenti in FVG

90

#### Nella forma artropatica (696.0) anche:

- 90.43.5 URATO [S/U/dU]  
  
RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DEL DISTRETTO INTERESSATO

### 046 SCLEROSI MULTIPLA

.340

LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

### 047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

.710.1

- 89.1 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
- FVG 90.16.3 CREATININA [S/U/dU/La/LPr]
- 90.38.4 PROTEINE [ELETTROFORESI DELLE] [S] Incluso: dosaggio proteine totali
- 90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- 90.46.5 ANITCOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)
- 90.47.3 ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)
- 90.52.4 ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- 90.72.3 PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
- 90.82.5 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
- 91.48.5 PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
- 91.49.1 PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
- 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
- 89.38.3 DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO

89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell'esofago.
	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DEL DISTRETTO INTERESSATO
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)
FVG 88.7211	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO - Ecocardiografia Include: Ecografia cardiaca, Ecocolordopplergrafia cardiaca.
FVG 88.7212	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA - Ecocardiografia, include: Ecografia cardiaca, Ecocolordopplergrafia cardiaca
FVG 88.7213	ECOGRAFIA CARDIACA CON CONTRASTO Ecocardiografia con contrasto farmacologica
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E SURRENI
38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14 – 45.16)
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA

## **048** SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNHE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO

### **Secondo le condizioni cliniche individuali:**

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

Patologie neoplastiche maligne: tumori ben definiti sul piano istomorfologico, dei quali non può essere previsto al momento della diagnosi il successivo comportamento clinico. Si considerano appartenenti questa categoria i tumori che hanno una sede particolarmente delicata e/o un'accentuata invasività locale con conseguenti danni alle strutture circostanti.

Tumori di comportamento incerto: tumori che, inizialmente ben definiti istomorfologicamente, presentano una evoluzione non prevedibile, sia dal punto di vista anatomopatologico che per il comportamento clinico

## **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 DALLA APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI

\* 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

\* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa

**050****SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)****Secondo le condizioni cliniche individuali:**

- \* 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.
- \* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa.

**051****SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI**

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****SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)**

.V42.0; V42.1; V42.6; .V42.7; .V42.8; .V42.9

**Secondo le condizioni cliniche individuali:**

- \* 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.
- \* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa

**053****SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA**

.V42.5

- \* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA LORO CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE
- \* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa

**054****SPONDILITE ANCHILOSANTE**

.720.0

- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
- 88.26 RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA  
Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
- 87.29 RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni)  
Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico

92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE
95.2	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale Per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo – mandibolare
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo – mandibolare
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI – PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI – PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)
LEA R 93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA Per seduta di gruppo di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
LEA R 93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (1 seduta all'anno) Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute di 30 minuti)

## 055 TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)

.010; .011; .012; .013;.014; .015; .016; .017; .018

89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
FVG 90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S/LCR] Incluso: Determinazione Proteine totali (90.38.5)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl – Neelsen, Kinylun)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO
	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DELL'ORGANO O DISTRETTO INTERESSATO

## 056 TIROIDITE DI HASHIMOTO

.245.2

89.1	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (Visita di controllo)
90.4.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.9.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV, F.L.

91.49.2  
88.71.4

PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO  
Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide - paratiroidi



## ALLEGATO N. 2 MALATTIE RARE

### GRUPPI DI CLASSIFICAZIONE

RA	Malattie Infettive e Parassitarie (cod. ICD9 CM da 001 a 139)
RB	Tumori (cod. ICD9 CM da 140 a 239)
RC	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari (cod. ICD9 CM da 240 a 279)
RD	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (cod. ICD9 CM da 280 a 289)
RF	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (cod. ICD9 CM da 320 a 3899)
RG	Malattie del sistema circolatorio (cod. ICD9 CM da 390 a 495)
RI	Malattie dell'apparato digerente (cod. ICD9 CM da 520 a 579)
RJ	Malattie dell'apparato genito-urinario (cod. ICD9 CM da 580 a 629)
RL	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (cod. ICD9 CM da 680 a 709)
RM	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (cod. ICD9 CM da 710 a 739)
RN	Malformazioni congenite (cod. ICD9 CM da 740 a 759)
RP	Alcune condizioni morbose di origine perinatale (cod. ICD9 CM da 760 a 779)
RQ	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (cod. ICD9 CM da 780 a 799)

Per i soggetti affetti dal Morbo di Hansen è previsto la fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici non ancora compresi nel prontuario terapeutico (anche non in commercio in Italia). Spese di viaggio per l'esecuzione del trattamento profilattico e terapeutico.

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RA0010	HANSEN MALATTIA DI		
RA0020	WHIPPLE MALATTIA DI		LIPODISTROFIA INTESTINALE
RA0030	LYME MALATTIA DI		
RB0010	WILMS TUMORE DI		NEFROBLASTOMA
RB0020	RETINOBLASTOMA		
RB0030	CRONKHITE-CANADA MALATTIA DI		
RB0040	GARDNER SINDROME DI		
RB0050	POLIPOSI FAMILIARE		
RB0060	LINFOANGIOLEIOMIOMATOSI		LINFOANGIOLEIOMATOSI POLMONARE
RBG010	NEUROFIBROMATOSI		
RC0010	DEFICIENZA DI ACTH		
RC0020	KALLMANN SINDROME DI		IPOGONADISMO CON ANOSMIA
RCG010	IPERALDOSTERONISMI PRIMITIVI	<i>BARTTER SINDROME DI</i> <i>CONN SINDROME DI</i>	
RCG020	SINDROMI ADRENOGENITALI CONGENITE	<i>IPERPLASIA ADRENALICA CONGENITA</i>	
RC0030	REIFENSTEIN SINDROME DI		SINDROME DA INSENSIBILITA' PARZIALE AGLI ANDROGENI
RCG030	POLIENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI	<i>SCHMIDT SINDROME DI</i>	POLIENDOCRINOPATIA AUTOIMMUNE DI TIPO II
RC0040	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA		
RC0050	LEPRECAUNISMO		DONHOUE SINDROME DI
RC0060	WERNER SINDROME DI		
RC0070	DEFICIENZA CONGENITA DI ZINCO		ACRODERMATITE ENTEROPATICA
RCG040	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	<i>CISTINOSI</i>  <i>HARTNUP MALATTIA DI</i>  <i>ALBINISMO</i>  <i>ALCAPTONURIA</i>  <i>IPERVALINEMIA</i>  <i>MALATTIA DELLE URINE A SCIROPPO DI ACERO</i>  <i>OMOCISTINURIA</i>  <i>SINDROME DA MALASSORBIMENTO DI METIONINA</i>  <i>IPERISTIDINEMIA</i>  <i>ACIDEMIE ORGANICHE E ACIDOSI LATTICHE PRIMITIVE</i>  <i>ALANINEMIA</i>  <i>IMINOACIDEMIA</i>	
RCG050	DISTURBI DEL CICLO DELL'UREA	<i>CITRULLINEMIA</i> <i>IPERAMMONIEMIA EREDITARIA</i>	



COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RCG060	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI Escluso: Diabete mellito	GLICOGENOSI  GALATTOSEMIA  FRUTTOSEMIA  MALASSORBIMENTO CONGENITO DI SACCAROSIO ED ISOMALTOSIO	
RCG070	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIa  DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA  IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIb  IPOBETALIPOPROTEINEMIA	
RCG070	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	ABETALIPOPROTEINEMIA  TANGIER MALATTIA DI  DEFICIT DELLA LECITINCOLESTEROLOACILTRANSFERASI  IPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIARE  XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA  DISTURBI DEL METABOLISMO INTERMEDIO DEGLI ACIDI GRASSI E DEI MITOCONDRI	BASSEN KORNZWEIG SINDROME DI  DEFICIT FAMILIARE DI ALFALIPOPROTEINA
RC0080	LIPODISTROFIA TOTALE		

## ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RCG080	DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI	FABRY MALATTIA DI GAUCHER MALATTIA DI NIEMANN PICK MALATTIA DI	
RCG090	MUCOLIPIDOSI		
RC0090	DERCUM MALATTIA DI		ADIPOSI DOLOROSA
RC0100	FARBER MALATTIA DI		DEFICIENZA DI CERAMIDASI
RC0110	CRIOGLOBULINEMIA MISTA		
RC0120	ACERULOPLASMINEMIA CONGENITA		
RC0130	ATransferrinemia congenita		
RC0140	WALDMANN MALATTIA DI		
RCG100	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DEL FERRO	EMOCROMATOSI EREDITARIA SINDROME IPERFERRITINEMIA-CATARATTA CONGENITA	EMOCROMATOSI FAMILIARE
RC0150	WILSON MALATTIA DI		DEGENERAZIONE LENTICOLARE O PUTAMINALE FAMILIARE; DEGENERAZIONE EPATOCEREBRALE
RC0160	IPOFOSFATASIA		FOSFOETILAMINURIA
RC0170	RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE		
RCG110	PORFIRIE		
RCG120	DISORDINI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E DELLE PIRIMIDINE	LESCH-NYHAN MALATTIA DI  XANTINURIA	
RCG130	AMILOIDOSI PRIMARIE E FAMILIARI		
RC0180	CRIGLER-NAJJAR SINDROME DI		
RCG140	MUCOPOLISACCARIDOSI	HUNTER SINDROME DI HURLER SINDROME DI MAROTEAUX-LAMY SINDROME DI MORQUIO MALATTIA DI SANFILIPPO SINDROME DI SCHEIE SINDROME DI	
RC0190	ANGIOEDEMA EREDITARIO		EDEMA ANGIONEUROTICO EREDITARIO
RC0200	CARENZA CONGENITA DI ALFA1 ANTITRIPSINA		
RCG150	ISTIOCITOSI CRONICHE	ISTIOCITOSI X	
RCG160	IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	AGAMMAGLOBULINEMIA DI GEORGE SINDROME DI NEZELOF SINDROME DI	
RC0210	BEHÇET MALATTIA DI		
RDG010	ANEMIE EREDITARIE	SFEROCITOSI EREDITARIA FAVISMO TALASSEMIE ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI BLACKFAN-DIAMOND ANEMIA DI FANCONI ANEMIA DI ANEMIE SIDEROBLASTICHE	ANEMIA CONGENITA IPOPLASTICA PANCITOPENIA DI FANCONI
RD0010	SINDROME EMOLITICO UREMICA		
RD0020	EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA		MARCHIAFAVA-MICHELI SINDROME DI
RDG020	DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	EMOFILIA A EMOFILIA B	

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RD0030 RDG030	PORPORA DI HENOCH-SCHONLEIN RICORRENTE	DEFICIENZA CONGENITA DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE VON WILLEBRAND MALATTIA DI DISORDINI EREDITARI TROMBOFILICI	
RDG040 RD0040	PIASTRINOPATIE EREDITARIE	BERNARD SOULIER SINDROME DI STORAGE POOL DEFICIENCY TROMBOASTENIA	
RD0050 RD0060	TROMBOCITOPENIE PRIMARIE EREDITARIE NEUTROPENIA CICLICA MALATTIA GRANULOMATOSA CRONICA	IPOPLASIA MEGACARIOCITICA IDIOPATICA	DISFAGOCITOSI CRONICA
RFG010	CHEDIAK-HIGASHI MALATTIA DI		
RFG020	LEUCODISTROFIE	ALEXANDER MALATTIA DI CANAVAN MALATTIA DI KRABBE MALATTIA DI LEUCODISTROFIA METACROMATICA PELIZAEUS-MERZBACHER MALATTIA DI	
RFG030	CEROIDO-LIPOFUSCINOSI	BATTEN MALATTIA DI KUFS MALATTIA DI	
RF0010	GANGLIOSIDOSI		
RF0020	ALPERS MALATTIA DI		
RF0030	KEARNS-SAYRE SINDROME DI		
RF0040	LEIGH MALATTIA DI		
RF0050	RETT SINDROME DI		
RF0060	ATROFIA DENTATO RUBROPALLIDOLUYSIANA		
RF0070	EPILESSIA MIOCLONICA PROGRESSIVA		
RF0080	MIOCLONO ESSENZIALE EREDITARIO		
RF0090	COREA DI HUNTINGTON		
RFG040	DISTONIA DI TORSIONE IDIOPATICA		
RFG050	MALATTIE SPINOCEREBELLARI	ATASSIA DI FRIEDREICH PARAPLEGIA SPASTICA EREDITARIA ATASSIA CEREBELLARE EREDITARIA DI MARIE DEGENERAZIONE CEREBELLARE SUBACUTA DEGENERAZIONE PARENCHIMATOSA CORTICALE CEREBELLARE DEGENERAZIONE SPINOCEREBELLARE DI HOLMES DISSINERGIA CEREBELLARE MIOCLONICA DI HUNT ATASSIA PERIODICA MARINESCO-SJOGREN SINDROME DI ATASSIA FRIEDREICH-LIKE ATASSIA TELEANGECTASICA WERDNIG-HOFFMAN MALATTIA DI KUGELBERG-WELANDER MALATTIA DI KENNEDY MALATTIA DI	STRUMPEL-LORRAINE MALATTIA DI DEGENERAZIONE CEREBELLARE DI MARIE ATROFIA CEREBELLO OLIVARE ATROFIA SPINODENTATA ATASSIA VESTIBULOCEREBELLARE DEFICIENZA FAMILIARE DI VITAMINA E LOUIS BAR SINDROME DI
RF0100	ATROFIE MUSCOLARI SPINALI		
RF0110	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA		
RF0120	SCLEROSI LATERALE PRIMARIA ADRENOLEUCODISTROFIA		SCHILDER MALATTIA DI

## ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RF0130	LENNOX GASTAUT SINDROME DI		
RF0140	WEST SINDROME DI		
RF0150	NARCOLESSIA		
RF0160	MELKERSSON-ROSENTHAL SINDROME DI		
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	<i>DEJERINE SOTTAS MALATTIA DI</i>  <i>NEUROPATIA CONGENITA IPOMIELINIZZANTE</i>  <i>CHARCOT MARIE TOOTH MALATTIA DI</i>  <i>NEUROPATIA TOMACULARE</i> <i>NEUROPATIA SENSORIALE EREDITARIA</i>  <i>REFSUM MALATTIA DI</i> <i>NEUROPATIA ASSONALE GIGANTE</i> <i>ROSENBERG-CHUTORIAN SINDROME DI</i> <i>ROUSSY-LEVY SINDROME DI</i>	NEUROPATIA PERIFERICA EREDITARIA TIPO III  ATROFIA MUSCOLARE PERONEALE POLINEUROPATIA RICORRENTE FAMILIARE  EREDOPATIA ATASSICA POLINEURITIFORME
RF0170	STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI SINDROME DI		PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA
RF0180	POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA		
RF0190	DEMIELINIZZANTE		
RFG070	EATON-LAMBERT SINDROME DI MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE	<i>MIOPATIA CENTRAL CORE</i> <i>MIOPATIA CENTRONUCLEARE</i> <i>MIOPATIA DESMIN STORAGE</i> <i>MIOPATIA NEMALINICA</i>	
RFG080	DISTROFIE MUSCOLARI	<i>BECKER DISTROFIA DI</i>  <i>DISTROFIA MUSCOLARE OCULO-GASTRO-INTESTINALE</i>  <i>DUCHENNE DISTROFIA DI</i> <i>ERB DISTROFIA DI</i> <i>LANDOUZY-DEJERINE DISTROFIA DI</i>	
RFG090	DISTROFIE MIOTONICHE	<i>STEINERT MALATTIA DI</i> <i>THOMSEN MALATTIA DI</i> <i>VON EULENBURG MALATTIA DI</i>	
RFG100	PARALISI NORMOKALIEMICHE, IPO E IPERKALIEMICHE		
RF0200	VITREORETINOPATIA		CRISWICK-SCHEPENS SINDROME DI; COATS MALATTIA DI
RF0210	ESSUDATIVA FAMILIARE		
RF0220	EALES MALATTIA DI		
RFG110	BEHR SINDROME DI DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE	<i>DISTROFIA VITREO RETINICA</i>  <i>RETINITE PIGMENTOSA</i> <i>RETINITE PUNCTATA ALBESCENS</i> <i>DISTROFIA DEI CONI</i> <i>STARGARDT MALATTIA DI</i> <i>AMAUROSIS CONGENITA DI LEBER</i> <i>DISTROFIA VITELLIFORME DI BEST</i> <i>DISTROFIA IALINA DELLA RETINA</i>	RETINOSCHISI GIOVANILE DISTROFIA PIGMENTOSA RETINICA  FUNDUS ALBIPUNCTATUS  FUNDUS FLAVIMACULATUS GOLMAN-FAVRE MALATTIA DI
RFG120	DISTROFIE EREDITARIE DELLA COROIDE		
RF0230	CICLITE ETEROCROMICA DI FUCH		
RF0240	ATROFIA ESSENZIALE DELL'IRIDE		
RF0250	EMERALOPIA CONGENITA		
RF0260	OGUCHI SINDROME DI		

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RF0270	COGAN SINDROME DI		
RFG130	DEGENERAZIONI DELLA CORNEA	<i>DEGENERAZIONE NODULARE</i> <i>DEGENERAZIONE MARGINALE</i>	DEGENERAZIONE NODULARE DI SALZMANN TERRIEN SINDROME DI
RFG140	DISTROFIE EREDITARIE DELLA CORNEA	<i>MEESMANN DISTROFIA DI</i> <i>COGAN DISTROFIA DI</i>  <i>DISTROFIA CORNEALE GRANULARE</i> <i>DISTROFIA CORNEALE RETICOLARE</i>  <i>DISTROFIA CORNEALE MACULARE</i> <i>DISTROFIE STROMALI DELLA CORNEA</i> <i>CORNEA GUTTATA</i> <i>DISTROFIA COMBINATA DELLA CORNEA</i> <i>FUCHS DISTROFIA ENDOTELIALE DI</i> <i>DISTROFIA CORNEALE ENDOTELIALE POSTERIORE POLIMORFA</i>	DISTROFIA CORNEALE EPITELIALE GIOVANILE DISTROFIA CORNEALE ANTERIORE DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW TIPO I; DISTROFIA CORNEALE PUNCTATA O NODULARE DI REIS-BUCKLER  DISTROFIA LATTICE; AMILOIDOSI CORNEALE DISTROFIA CORNEALE DI GROENOUW TIPO II
RF0280	CHERATOCONO		
RF0290	CONGIUNTIVITE LIGNEA		
RF0300	ATROFIA OTTICA DI LEBER		NEUROPATIA OTTICA EREDITARIA
RG0010	ENDOCARDITE REUMATICA		
RG0020	POLIANGIOITE MICROSCOPICA		POLIARTERITE MICROSCOPICA
RG0030	POLIARTERITE NODOSA		
RG0040	KAWASAKI SINDROME DI		
RG0050	CHURG-STRAUSS SINDROME DI		
RG0060	GOODPASTURE SINDROME DI		
RG0070	GRANULOMATOSI DI WEGENER		
RG0080	ARTERITE A CELLULE GIGANTI		HORTON MALATTIA DI
RG0090	MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE	<i>COMPLESSO PORPORA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA-SINDROME EMOLITICO UREMICA</i>  <i>PORPORA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA</i>	MOSCHOWITZ SINDROME DI
RG0100	TAKAYASU MALATTIA DI		
RG0110	TELEANGECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA		RENDU-OSLER-WEBER MALATTIA DI
RI0010	BUDD-CHIARI SINDROME DI		
RI0020	ACALASIA		
RI0030	GASTRITE IPERTROFICA GIGANTE		
RI0040	GASTROENTERITE EOSINOFILA		
RI0050	SINDROME DA PSEUDO-OSTRUZIONE INTESTINALE		
RI0060	COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE		
RI0070	SPRUE CELIACA		
RI0080	MALATTIA DA INCLUSIONE DEI MICROVILLI		
RJ0010	LINFANGECTASIA INTESTINALE		
RJ0020	DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO		
RJ0030	FIBROSI RETROPERITONEALE		
RL0010	CISTITE INTERSTIZIALE		
	ERITROCHERATOLISI HIEMALIS		

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RL0020	DERMATITE ERPETIFORME		
RL0030	PEMFIGO		
RL0040	PEMFIGOIDE BOLLOSO		
RL0050	PEMFIGOIDE BENIGNO DELLE MUCOSE		
RL0060	LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS		
RM0010	DERMATOMIOSITE		
RM0020	POLIMIOSITE		
RM0030	CONNETTIVITE MISTA		
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE		
RM0040	FASCITE EOSINOFILA		
RM0050	FASCITE DIFFUSA		
RM0060	POLICONDRITE		
RN0010	ARNOLD-CHIARI SINDROME DI		
RN0020	MICROCEFALIA		
RN0030	AGENESIA CEREBELLARE		
RN0040	JOUBERT SINDROME DI		
RN0050	LISSENCEFALIA		
RN0060	OLOPROSENCEFALIA		
RN0070	CHIRAY FOIX SINDROME DI		SINDROME DEL NUCLEO ROSSO SUPERIORE;
RN0080	DISAUTONOMIA FAMILIARE		CHAVANY-MARIE SINDROME DI
RN0090	AXENFELD- RIEGER ANOMALIA DI		RILEY-DAY SINDROME DI
RN0100	PETER ANOMALIA DI		
RN0110	ANIRIDIA		
RN0120	COLOBOMA CONGENITO DEL DISCO OTTICO		
RN0130	MORNING GLORY ANOMALIA DI		
RN0140	PERSISTENZA DELLA MEMBRANA PUPILLARE		
RN0150	BLUE RUBBER BLEB NEVUS		
RN0160	ATRESIA ESOFAGEA E/O FISTOLA TRACHEOESOFAGEA		
RN0170	ATRESIA DEL DIGIUNO		
RN0180	ATRESIA O STENOSI DUODENALE		
RN0190	ANO IMPERFORATO		
RN0200	HIRSCHSPRUNG MALATTIA DI		
RN0210	ATRESIA BILIARE		
RN0220	CAROLI MALATTIA DI		
RN0230	MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO		
RN0240	ERMAFRODITISMO VERO		
RNG010	PSEUDOERMAFRODITISMI		
RN0250	RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA		
RNG020	ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE		
RN0260	FOCOMELIA		
RN0270	DEFORMITA' DI SPRENGEL		
RNG030	ACROCEFALOSINDATTILIA	APERT SINDROME DI GOODMAN SINDROME DI	
RN0280	ACRODISOSTOSI		
RN0290	CAMPTODATTILIA FAMILIARE		
RNG040	ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA	C SINDROME	

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RNG040	FACCIA  ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA	<i>CRANIOSINOSTOSI PRIMARIA</i>	
		<i>CROUZON MALATTIA DI</i>	
		<i>DISOSTOSI MAXILLOFACCIALE</i>	
		<i>DISPLASIA FRONTO-FACIO-NASALE</i>	
		<i>DISPLASIA MAXILLONASALE</i>	DISOSTOSI OCULOMANDIBOLARE
		<i>HALLERMAN-STREIFF SINDROME DI</i>	
		<i>PIERRE ROBIN SINDROME DI</i>	
		<i>TREACHER COLLINS SINDROME DI</i>	
RN0300	SINDROME DA REGRESSIONE CAUDALE		
RN0310	KLIPPEL-FEIL SINDROME DI		
RNG050	CONDRODISTROFIE CONGENITE	<i>ACONDROGENESI</i>	
		<i>ACONDROPLASIA</i>	
		<i>DISPLASIA EPIFISARIA EMIMELICA</i>	
		<i>DISTROFIA TORACICA ASFISSIANTE</i>	
		<i>ESOSTOSI MULTIPLA</i>	
		<i>KNIEST DISPLASIA</i>	DISPLASIA METATROPICA
		<i>SINDROME CAMPTOMELICA</i>	
		<i>DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA</i>	OSTEOCONDROPLASIA
		<i>OSTEOGENESI IMPERFETTA</i>	
		<i>OSTEOPETROSI</i>	
RNG060	OSTEODISTROFIE CONGENITE	<i>DISPLASIA FIBROSA</i>	
		<i>ELLIS-VAN CREVELD SINDROME DI</i>	
		<i>DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA TARDA</i>	DISPLASIA EPIFISARIA MULTIPLA
		<i>FAIRBANK MALATTIA DI</i>	
		<i>CONRADI-HUNERMANN SINDROME DI</i>	
		<i>DISCONDROSTEOSI</i>	
		<i>DISPLASIA DIASTROFICA E PSEUDODIASTROFICA</i>	
		<i>ENGELMANN MALATTIA DI</i>	
		<i>McCUNE-ALBRIGHT SINDROME DI</i>	OSTEITE FIBROSA DISSEMINATA
RN0320	GASTROSCHISI		
RN0330	EHLERS-DANLOS SINDROME DI		
RN0340	ADAMS-OLIVER SINDROME DI		
RN0350	COFFIN-LOWRY SINDROME DI		
RN0360	COFFIN-SIRIS SINDROME DI		
RN0370	DYGGVE-MELCHIOR-CLAUSEN (DMC) SINDROME DI		
RN0380	FILIPPI SINDROME DI		
RNG0390	GREIG SINDROME DI, CEFALOPOLISINDATTILIA		
RN0400	JACKSON-WEISS SINDROME DI		CRANIOSINOSTOSI-IPOPLASIA MEDIOFACCIALE-ANOMALIE DEI PIEDI
RN0410	JARCHO-LEVIN SINDROME DI		DISPLASIA SPONDILOCOSTALE

## ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RN0420	PALLISTER-W SINDROME DI		
RN0430	POLAND SINDROME DI		
RN0440	SEQUENZA SIRENOMELICA		
RN0450	SINDROME CEREBRO-COSTO-MANDIBOLARE		
RN0460	SINDROME FEMORO-FACCIALE		
RN0470	SINDROME OTO-PALATO-DIGITALE		
RN0480	SINDROME TRISMA		
RN0490	PSEUDOCAMPTODATTILIA		
RN0490	WEAVER SINDROME DI		
RNG070	ITTIOSI CONGENITE	ITTIOSI CONGENITA ITTIOSI HYSTRIX, CURTH-MACKLIN TYPE  ITTIOSI LAMELLARE RECESSIVA ITTIOSI TIPO HARLEQUIN ITTIOSI X-LINKED NETHERTON SINDROME DI	ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO NON BOLLOSO
RN0500	CUTIS LAXA		
RN0510	INCONTINENTIA PIGMENTI		
RN0520	XERODERMA PIGMENTOSO		
RN0530	CHERATOSI FOLLICOLARE ACUMINATA		
RN0540	CUTE MARMOREA		
RN0550	TELEANGECTASICA CONGENITA		
RN0560	DARIER MALATTIA DI		
RN0560	DISCHERATOSI CONGENITA		
RN0570	EPIDERMOLISI BOLLOSA		
RN0580	ERITROCHERATODERMIA SIMMETRICA PROGRESSIVA		
RN0590	ERITROCHERATODERMIA VARIABILE		
RN0600	IPERCHERATOSI EPIDERMOLITICA		ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO BOLLOSO
RN0610	IPOPLASIA FOCALE DERMICA		
RN0620	PACHIDERMOPERIOSTOSI		TOURAINÉ-SALENTE-GOLÉ' SINDROME DI
RN0630	PSEUDOXANTOMA ELASTICO		
RN0640	APLASIA CONGENITA DELLA CUTE		
RN0650	PARRY-ROMBERG SINDROME DI		ATROFIA EMIFACCIALE PROGRESSIVA
RN0660	DOWN SINDROME DI		
RN0670	CRI DU CHAT MALATTIA DEL		
RN0680	TURNER SINDROME DI		
RN0690	KLINEFELTER SINDROME DI		
RN0700	WOLF-HIRSCHHORN SINDROME DI		
RN0710	MELAS SINDROME		MIOPATIA MITOCONDRIALE - ENCEFALOPATIA - ACIDOSI LATTICA - ICTUS
RN0720	MERRF SINDROME		EPILESSIA MIOCLONICA E FIBRE ROSSE IRREGOLARI
RN0730	SHORT SINDROME		
RNG080	SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA		
RNG090	SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA		
RN0740	WILKINSON SINDROME DI		ASPLENIA CON ANOMALIE CARDIOVASCOLARI



ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RN0750	SCLEROSI TUBEROSA		FACOMATOSI
RN0760	PEUTZ-JEGHERS SINDROME DI		
RN0770	STURGE-WEBER SINDROME DI		
RN0780	VON HIPPEL-LINDAU SINDROME DI		
RN0790	AARSKOG SINDROME DI		
RN0800	ANTLEY-BIXLER SINDROME DI		
RN0810	BALLER-GEROLD SINDROME DI		
RN0820	BECKWITH-WIEDEMANN SINDROME DI		
RN0830	BLOOM SINDROME DI		
RN0840	BORJESON SINDROME DI		
RN0850	CHARGE ASSOCIAZIONE		
RN0860	DE MORSIER SINDROME DI		DISPLASIA SETTO-OTTICA
RN0870	DUBOWITZ SINDROME DI		
RN0880	EEC SINDROME		ECTRODATTILIA - DISPLASIA ECTODERMICA - PALATOSCHISI
RN0890	FREEMAN-SHELDON SINDROME DI		
RN0900	FRYNS SINDROME DI		
RN0910	GOLDENHAR SINDROME DI		
RN0920	HERMANSKY-PUDLAK SINDROME DI		
RN0930	HOLT-ORAM SINDROME DI		
RN0940	KABUKI SINDROME DELLA MASCHERA		
RN0950	KARTAGENER SINDROME DI		
RN0960	MAFFUCCI SINDROME DI		
RN0970	MARSHALL SINDROME DI		
RN0980	MECKEL SINDROME DI		
RN0990	MOEBIUS SINDROME DI		
RN1000	NAGER SINDROME DI		
RN1010	NOONAN SINDROME DI		
RN1020	OPITZ SINDROME DI		
RN1030	PALLISTER- HALL SINDROME DI		
RN1040	PFEIFFER SINDROME DI		
RN1050	RIEGER SINDROME		
RN1060	ROBERTS SINDROME DI		
RN1070	ROBINOW SINDROME DI		
RN1080	RUSSELL-SILVER SINDROME DI		
RN1090	SCHINZEL-GIEDION SINDROME DI		
RN1100	SECKEL SINDROME DI		
RN1110	SEQUENZA DA IPOCINESIA FETALE		PENA-SHOKEIR I SINDROME DI
RN1120	SIMPSON-GOLABI-BEHMEL SINDROME DI		
RN1130	SINDROME BRANCHIO-OCULO-FACCIALE		
RN1140	SINDROME BRANCHIO-OTO-RENALE		
RN1150	SINDROME CARDIO-FACIO-CUTANEA		
RN1160	SINDROME OCULO-CEREBRO-CUTANEA		
RN1170	SINDROME PROTEO		
RN1180	SINDROME TRICO-RINO-FALANGEA		
RN1190	SINDROME UNGHIA-ROTULA		ONICOOSTEODISPLASIA EREDITARIA

ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RN1200	SMITH-LEMLI-OPITZ, TIPO 1 SINDROME DI		
RN1210	SMITH-MAGENIS SINDROME DI		
RN1220	STICKLER SINDROME DI		
RN1230	SUMMIT SINDROME DI		
RN1240	TOWNES-BROCKS SINDROME DI		
RN1250	VACTERL ASSOCIAZIONE		
RN1260	WILDERVANCK SINDROME DI		
RN1270	WILLIAMS SINDROME DI		
RN1280	WINCHESTER SINDROME DI		
RN1290	WOLFRAM SINDROME DI		
RN1300	ANGELMAN SINDROME DI		
RN1310	PRADER-WILLI SINDROME DI		
RN1320	MARFAN SINDROME DI		
RN1330	SINDROME DA X FRAGILE		
RN1340	AASE-SMITH SINDROME DI		
RN1350	ALAGILLE SINDROME DI		
RN1360	ALPORT SINDROME DI		
RN1370	ALSTROM SINDROME DI ALTRE ANOMALIE CONGENITE MULTIPLE CON RITARDO MENTALE		
RNG100			
RN1380	BARDET-BIEDL SINDROME DI		LAWRENCE- MOON SINDROME DI
RN1390	CARPENTER SINDROME DI		
RN1400	COCKAYNE SINDROME DI		
RN1410	CORNELIA DE LANGE SINDROME DI		
RN1420	DE SANCTIS CACCHIONE MALATTIA DI		IDIOZIA XERODERMICA TUMORE DI WILMS E PSEUDOERMAFRODISMO
RN1430	DENYS-DRASH SINDROME DI		
RN1440	DISPLASIA OCULO-DIGITO- DENTALE		
RN1450	DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA CONGENITA		
RN1460	FRASER SINDROME DI		
RN1470	HAY-WELLS SINDROME DI		
RN1480	IPOMELANOSI DI ITO		BLOCH-SULZBERGER MALATTIA DI
RN1490	ISAACS SINDROME DI		
RN1500	KID SINDROME		CHERATITE-ITTIOSI-SORDITA'
RN1510	KLIPPEL-TRENAUNAY SINDROME DI		
RN1520	LANDAU-KLEFFNER SINDROME DI		
RN1530	LEOPARD SINDROME		
RN1540	LEVY-HOLLISTER SINDROME DI		SINDROME LACRIMO- AURICOLO-DENTO-DIGITALE
RN1550	MARSHALL-SMITH SINDROME DI		
RN1560	NEU-LAXOVA SINDROME DI		
RN1570	NEUROACANTOCITOSI		
RN1580	NORRIE MALATTIA DI		
RN1590	PALLISTER-KILLIAN SINDROME DI		
RN1600	PEARSON SINDROME DI		
RN1610	POEMS SINDROME		
RN1620	RUBINSTEIN-TAYBI SINDROME DI		
RN1630	SINDROME ACROCALLOSA		

## ALLEGATO N. 2 – “Malattie Rare”

COD_ MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RN1640	SINDROME CEREBRO-OCULO-FACIO-SCHELETRICA		PENA-SHOKEIR II SINDROME DI
RN1650	SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO		
RN1660	SINDROME DEL NEVO EPIDERMAL		
RN1670	SINDROME PTERIGIO MULTIPLO		
RN1680	SINDROME TRICO-DENTO-OSSEA		
RN1690	SINDROME TROMBOCITOPENICA CON ASSENZA DI RADIO		
RN1700	SJÖGREN-LARSONN SINDROME DI		
RN1710	TAY SINDROME DI		
RN1720	VOGT-KOYANAGI-HARADA SINDROME DI		
RN1730	WAGR SINDROME DI		TUMORE DI WILMS - ANIRIDIA - ANOMALIE GENITOURINARIE - RITARDO MENTALE
RN1740	WALKER-WARBURG SINDROME DI		
RN1750	WEILL-MARCHESANI SINDROME DI		
RN1760	ZELLWEGER SINDROME DI		
RP0010	EMBRIOFETOPATIA RUBEOLICA SINDROME FETALE DA ACIDO VALPROICO		
RP0020	SINDROME FETALE DA IDANTOINA		
RP0040	SINDROME ALCOLICA FETALE		
RP0050	APNEA INFANTILE		
RP0060	KERNITTERO		
RP0070	FIBROSI EPATICA CONGENITA		
RQ0010	GERSTMANN SINDROME DI		



## ALLEGATO N. 3

# PROTOCOLLI DI GRAVIDANZA E MATERNITA' RESPONSABILE

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

3.A

### 1 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA DONNA

- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI: Consulenza ginecologica preconcezionale
- 90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto):  
in caso di rischio di isoimmunizzazione
- 91.2641 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM
- 91.2642 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI Ig G
- 91.0941 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig M O Ig A(E.I.A.)
- 91.0942 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig G (E.I.A.)
- 91.0943 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig M (ISAGA)
- 91.0944 TOXOPLASMA analisi qualitativa del DNA (reazione polimerasica a catena)
- 91.0945 TOXOPLASMA anticorpi IgM o IgG o IgA mediante Western Blot (test di conferma)
- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- 90.74.3 RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel):  
in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- 90.66.5 Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.):  
in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- 91.38.5 ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)

### 2 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER L'UOMO

- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND.DERIV., F.L.: in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- 90.74.3 RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- 90.66.5 Hb – EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD; HbH, ecc.): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie

### 3 PRESTAZIONI SPECALISTICHE PER LA COPPIA

- 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
- 90.65.3 H GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
- 91.10.5 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. Passiva) [TPHA]
- 91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]

**IN CASO DI ABORTIVITA' RIPETUTA O PREGRESSE PATOLOGIE DELLA GRAVIDANZA CON MORTE PERINATALE** E SU PRESCRIZIONE DELLO SPECIALISTA GINECOLOGO O GENETISTA

- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI: Consulenza genetica
- 88.79.7 ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
- 68.12.1 ISTEROSCOPIA Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale
- 68.16.1 BIOPSIA DEL CORPO UTERINO: Biopsia endoscopica (isteroscopia) dell'endometrio
- 90.46.5 ANTICOAGULANTE LUPUS – LIKE (LAC)
- 90.47.5 ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
- 90.51.4 ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)
- 90.54.4 ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
- 91.31.2 CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande): alla coppia

PRESTAZIONI SPECILISTICHE

**PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISLIOLOGICA**

ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

3.B

**All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13<sup>a</sup> settimana, e comunque al primo controllo**

- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- H 90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- 90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
- 90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
- 91.2641 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM
- 91.2642 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI Ig G
- 91.0941 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig M O Ig A(E.I.A.)
- 91.0942 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig G (E.I.A.)
- 91.0943 TOXOPLASMA ANTICORPI Ig M (ISAGA)
- 91.0944 TOXOPLASMA analisi qualitativa del DNA (reazione polimerasica a catena)
- 91.0945 TOXOPLASMA anticorpi IgM o IgG o IgA mediante Western Blot (test di conferma)
- 91.10.5 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- 91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
- 90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La/LPr]
- 90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- 88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA
- 90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]: in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità AB0, il test deve essere ripetuto alla 34<sup>a</sup>-36<sup>a</sup> settimana.

**Tra la 14<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana**

- 90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

**Tra la 19<sup>a</sup> e la 23<sup>a</sup> settimana:**

- 90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)
- 88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

### Tra la 24<sup>a</sup> e 27<sup>a</sup> settimana

90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La/LPr]  
90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

### Tra la 28<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> settimana

90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND.DERIV., F.L.  
90.22.3 FERRITINA [P/(Sg)Er/P]: in caso di riduzione del volume globulare medio  
90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)  
88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

### Tra la 33<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> settimana

91.18.5 VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg  
91.19.5 VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND.DERIV., F.L.  
90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)  
91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI in caso di rischio anamnestico

### Tra la 38<sup>a</sup> e la 40<sup>a</sup> settimana

90.4431 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

### Dalla 41<sup>a</sup> settimana:

88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA: su specifica **richiesta dello specialista**  
75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA: su specifica **richiesta dello specialista**; se necessario, monitorare fino al parto

---

(\*) in caso di batteriuria significativa:

90.94.2 ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCULTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.

### **Minaccia di aborto**

In caso di minaccia di aborto sono da includere tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

(desunte dalle “Linee Guida per i test genetici” approvate dal Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri)

Le indicazioni per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

1. presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori: età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche;
2. presenza di un rischio fetale reso evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologie genetiche.

Le indicazioni per le indagini citogenetiche per anomalie cromosomiche fetali sono:

- età materna avanzata (maggiore o eguale ai 35 anni alla data presunta del parto);
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente
- probabilità di 1 su 250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole Regioni e sottoposti a verifica continua della qualità.



## ALLEGATO N. 4

### NOTE AIFA

#### Nota 1

##### Misoprostolo, Esomeprazolo, Lansoprazolo, Omeprazolo, Pantoprazolo

La prescrizione è limitata alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore

- in trattamento cronico con FANS non selettivi (non con COXIB);
- 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;
- oltre 75 anni di età.

Gli inibitori di pompa, fatte salve le indicazioni della nota 48, ed il misoprostolo non sono rimborsati quando prescritti in associazione con i COXIB

La prescrizione dell'associazione misoprostolo + diclofenac è rimborsata alle condizioni previste nella nota 66.

#### Nota 2

##### Ac. chenoursodesossicolico, tauroursodesossicolico, ursodesossicolico

La prescrizione nelle epatopatie croniche col estatiche è limitata a pazienti affetti da: cirrosi biliare primitiva; colangite sclerosante primitiva; colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare; calcolosi colesterinica.

Il trattamento con acidi biliari non è rimborsato nei pazienti con epatite cronica virale ed in quelli con coliche ravvicinate o gravi per i quali è indicata la colecistectomia.

#### Nota 4

##### Gabapentin, Pregabalin, Duloxetina

la prescrizione è limitata a pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie documentate dal quadro clinico e strumentale:

- nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente ad infezione da Herpes zoster
- neuropatia associata a malattia neoplastica
- dolore post-ictus o da lesione midollare
- polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risultati inefficace (gabapentin, pregabalin)
- neuropatia diabetica (duloxetina, gabapentin, pregabalin)

L'impiego di questi farmaci non è assoggettato a nota limitativa ed è a carico del SSN per le seguenti indicazioni terapeutiche: trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato per duloxetina e della epilessia per gabapentin e pregabalin.

#### Nota 8

##### Levocarnitina



la prescrizione, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle indicazioni autorizzate: carenza primaria di carnitina e carenza di carnitina secondaria a trattamento dialitico.

#### **Nota 11**

##### **Ac. folinico e analoghi**

la prescrizione è limitata al recupero (rescue) dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolico e nella chemioterapia antinfettiva di associazione con pirimetamina.

#### **Nota 13**

**Fluvastatina, Lovastatina, Pravastatina, Simvastatina, Ezetimibe, Atorvastatina, Rosuvastatina, Bezafibrato, Fenofibrato, Gemfibrozil, Omega-3-polineo, Colestiramina cloridrato**

Per aggiornamento nota si rimanda al sito dell'AIFA: [www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)

#### **Nota 15**

##### **Albumina umana**

la prescrizione, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle aziende sanitarie è limitata alla cirrosi epatica, dopo paracentesi evacuativa a largo volume; alla grave ritenzione idro salina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento, non responsiva ad un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia.

#### **Nota 28**

##### **Medrossiprogesterone, Megestrola**

la prescrizione per la terapia antitumorale e del AIDS è limitata alla neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio ed alla sindrome anoressia/cachessia da neoplasie maligne in fase avanzata e da AIDS.

#### **Nota 31**

##### **Diidrocodeina, Diidrocodeina + Ac. benzoico, Levodropropizina**

la prescrizione è limitata alla tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive e secondarie.

#### **Nota 36**

##### **Testosterone**

la prescrizione con oneri a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata agli ipogonadismi maschili primitivi e secondari caratterizzati da ridotte concentrazioni di testosterone totale (< 12 nmoli/L o 350 ng/dL) in presenza di sintomi tipici (riduzione del desiderio e potenza sessuale, osteoporosi, riduzione forza muscolare, obesità viscerale, alterazioni del tono dell'umore).

#### **Nota 39**

##### **Somatotropina**

la prescrizione con oneri a carico del SSN avviene esclusivamente su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni ed è limitata alle indicazioni:

##### ETA' NEONATALE

In individui con evidenza neuroradiologica di malformazioni/lesioni ipotalamo ipofisarie e segni clinico-laboratoristici compatibili con la diagnosi di ipopituitarismo congenito. Tale trattamento dovrebbe essere proseguito ininterrottamente almeno per i primi due anni di vita. Successivamente, previa interruzione della terapia con GH di durata non superiore a 3 mesi, dovrebbe essere eseguita una rivalutazione del profilo auxologico, ormonale e laboratoristico finalizzata a determinare l'opportunità e la modalità della prosecuzione del trattamento GH.

### ETA' EVOLUTIVA

- bassa statura da deficit di GH definito dai seguenti parametri clinico-auxologici e di laboratorio
  - I: Parametri clinico-auxologici:
    1. statura < -3DS oppure statura < -2DS e velocità di crescita/anno < -1DS rispetto alla norma per età e sesso, misurata a distanza di almeno 6 mesi con le stesse modalità; oppure
    2. velocità di crescita/anno < -2DS o < -1,5 DS dopo 2 anni consecutivi, anche in assenza di bassa statura; nei primi 2 anni di vita, sarà sufficiente fare riferimento alla progressiva decelerazione della velocità di crescita (la letteratura non fornisce a riguardo dati definitivi in termini di DS); oppure
    3. malformazioni/lesioni ipotalamo-ipofisarie dimostrate a livello neuroradiologico o difetti ipofisari multipli che comportino deficit di GH accertato in base ad una delle modalità del punto II;
  - II: Parametri di laboratorio:
    1. risposta di GH < 10 µg/L a due test farmacologici eseguiti in giorni differenti (la risposta ad un solo test farmacologico >10 µg/L esclude la diagnosi di deficit di GH); oppure
    2. risposta di GH < 20 µg/L nel caso uno dei due test impiegati sia GHRH + arginina o GHRH + piridostigmina.

Altre condizioni dove il trattamento con rGH viene concesso in età pediatrica

- sindrome di Turner citogeneticamente dimostrata
- deficit staturale nell'insufficienza renale cronica
- soggetti prepuberi affetti dalla sindrome di Prader Willi (PWS), geneticamente dimostrata, con Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI) < 95°, normale funzionalità respiratoria, non affetti da sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno
- bambini nati piccoli per l'età gestazionale (SGA - Small for Gestational Age) con età uguale o superiore a 4 anni

Per poter accedere al trattamento con GH in individui nati SGA è necessario rispondere ai seguenti criteri:

- peso alla nascita nei nati singoli uguale o inferiore a -2 DS (< 3° centile) per l'età gestazionale, basato sulle tabelle di Gagliardi (Gagliardi L, et al. "Standard antropometrici neonatali prodotti dalla task-force della Società Italiana di Neonatologia e basati su una popolazione italiana nord-orientale". Riv Ital Pediatr (IJP) 1999; 25: 159-69) e comunque inferiore a 2500 g
- età al momento della proposta di somministrazione del GH uguale o superiore ai 4 anni
- statura inferiore o uguale a -2,5 DS e velocità di crescita inferiore al 50° centile
- autorizzazione delle Commissioni Regionali preposte alla sorveglianza epidemiologica e al monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con GH

Considerando la relativa limitata esperienza del trattamento con GH negli SGA in Italia, l'autorizzazione al trattamento con rGH in soggetti SGA è concessa per 2 anni previa verifica ed autorizzazione da parte delle Commissioni Regionali preposte alla sorveglianza epidemiologica e al monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con GH appartenenti alla residenza del paziente. Dopo 2 anni di terapia, il proseguimento terapeutico potrà essere nuovamente autorizzato dalle Commissioni Regionali dopo una verifica dei risultati clinici ottenuti nel periodo di trattamento.

In caso di mancata istituzione della Commissione Regionale, la proposta al trattamento con GH da parte del centro prescrittore dovrà essere indirizzata alla

Commissione preposta alla sorveglianza epidemiologica e al monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con GH presso l'Istituto Superiore di Sanità, che dovrà dare una risposta al centro prescrittore entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta.

### ETA' DI TRANSIZIONE

Viene definita età di transizione quella compresa tra il momento del raggiungimento della statura definitiva del soggetto trattato e l'età di 25 anni. Al raggiungimento della statura definitiva non è più indicata la terapia con GH nelle seguenti patologie:

- sindrome di Turner
- insufficienza renale cronica
- sindrome di Prader Willi
- soggetti nati piccoli per età gestazionale (SGA)

Al raggiungimento della statura definitiva la terapia con GH può essere proseguita senza ulteriori rivalutazioni nelle seguenti patologie:

- deficit di GH causato da mutazione genetica documentata
- panipopituitarismo con difetto di secrezione ormonale multiplo di almeno tre ormoni ipofisari

Al raggiungimento della statura definitiva la terapia con rGH negli altri soggetti con deficit di GH può essere proseguita solo se presentano dopo almeno un mese dalla sospensione del trattamento sostitutivo con rGH:

- risposta di GH <6 µg/L dopo ipoglicemia insulinica (ITT)  
oppure
- risposta di GH <19 µg/L dopo test farmacologico con GHRH + arginina

#### ETA' ADULTA

È indicata la terapia con rGH in soggetti adulti, di età superiore a 25 anni, con livelli di GH allo stimolo con ipoglicemia insulinica <3 µg/L o, in presenza di [controindicazioni](#) al test di ipoglicemia insulinica, con picco inadeguato di GH dopo stimoli alternativi, nei casi di:

- ipofisectomia totale o parziale (chirurgica, da radiazioni)
- ipopituitarismo idiopatico, post traumatico, da neoplasie sellari e parasellari

#### **Nota 40**

##### **Lanreotide, Octreotide**

la prescrizione con oneri a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata alle indicazioni

- acromegalia
- sindrome associata a tumori neuroendocrini

#### **Nota 41**

##### **Calcitonina**

la prescrizione è limitata all'indicazione morbo di Paget.

#### **Nota 42**

##### **Ac. etidronico, Ac. clodronico**

la prescrizione è limitata, per l'ac. etidronico, al trattamento del morbo di Paget e, per l'acido clodronico, al trattamento delle lesioni osteolitiche da metastasi ossee e del mieloma multiplo.

#### **Nota 48**

##### **Cimetidina, Famotidina, Nizatidina, Ranitidina, Roxatidina, Esomeprazolo, Lansoprazolo, Omeprazolo, Pantoprazolo, Rabeprazolo**

la prescrizione è limitata ai seguenti periodi del trattamento ed alle seguenti condizioni

- durata di trattamento 4 settimane (occ. 6 settimane):
  - ulcera duodenale o gastrica positive per Hp
  - per la prima o le prime 2 settimane in associazione con eradicanti
  - 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)

Il trattamento eradicante va effettuato solo nei casi di dispepsia associata a presenza di ulcera gastrica o duodenale.

#### **Nota 51**

##### **Buserelina, Goserelina, Leuprorelina, Triptorelina**

la prescrizione con oneri a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata alle indicazioni

- carcinoma della prostata (buserelina, goserelina, leuprorelina, triptorelina)
- carcinoma della mammella (goserelina, leuprorelina, triptorelina)
- endometriosi (goserelina, leuprorelina, triptorelina)
- fibromi uterini non operabili (goserelina, leuprorelina, triptorelina)
- pubertà precoce (leuprorelina, triptorelina)

- trattamento prechirurgico (goserelina, leuprorelina, triptorelina)
  - durata di 3 mesi: per gli interventi di miomectomia e isterectomia della paziente metrorragica
  - durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica

#### **Nota 55**

**Cefepime\***, **Mezlocillina**, **Piperacillina**, **Ampicillina+tazobactam**, **Piperacillina+tazobactam**, **Ticarcillina+ac.clavulanico**, **Amikacina**, **Gentamicina**, **Netilmicina**, **Tobramicina**

la prescrizione con oneri a carico del SSN degli antibiotici iniettabili per l'uso comunitario è limitata al:

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

Un razionale utilizzo degli antibiotici permette di preservare l'ambiente territoriale extraospedaliero dalla diffusione delle resistenze batteriche, mantenendolo separato da quello ospedaliero ed evitando il ricorso all'ospedalizzazione per trattare infezioni risolvibili efficacemente al domicilio del paziente.

#### **Nota 56**

**Aztreonam**, **Ertapenem**, **Imipenem+cilastatina**, **Meropenem**, **Rifabutina**, **Teicoplanina**

la prescrizione è limitata al:

- **Tattamento 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.
- **Tattamento iniziato dal medico di medicina generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica** Qualora il trattamento sia iniziato dal medico di medicina generale è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche.

#### **Nota 65**

**Glatiramer**, **Interferoni beta-1a e beta-1b**

la prescrizione con oneri a carico del SSN avviene esclusivamente su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni ed è limitata alle seguenti indicazioni:

- per i pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente con punteggio sull'Expanded Disability Status Scale (EDSS) tra 1 e 5,5 (glatiramer acetato; interferone  $\beta$  -1a ricombinante; interferone  $\beta$  -1b ricombinante)
- per i pazienti con sclerosi multipla secondariamente progressiva e punteggio di invalidità da 3 a 6,5 all'EDSS e almeno 2 ricadute o 1 punto di incremento all'EDSS nei 2 anni precedenti (interferone  $\beta$  -1b ricombinante)
- Per i pazienti con sclerosi multipla recidivante - remittente (SMRR) ad elevata attività nonostante la terapia con interferone-beta, definiti come coloro che non hanno risposto ad un ciclo terapeutico completo ed adeguato (normalmente almeno un anno di trattamento) con interferone beta. I pazienti devono avere avuto almeno 1 recidiva nell'anno precedente mentre erano in terapia, e presentare almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla RM cerebrale o almeno 1 lesione captante gadolinio. Un paziente non responder può anche essere definito come un paziente che presenta, rispetto all'anno precedente, un tasso di recidive invariato o aumentato o che presenta recidive gravi

oppure

- Per i pazienti con sclerosi multipla recidivante - remittente (SMRR) grave ad evoluzione rapida, definita da due o più recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o più lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrale o con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM recentemente effettuata:

*Fingolimod*

#### **Nota 66**

Aceclofenac, Acetametacina, Acido mefenamico, Acido tiaprofenico, Amlometina ~~guacile~~, Cinnoxiam, Dexibuprofene, Diclofenac, Duiclofenac+misoprostolo, Fentiazac, Flurbiprofene, Furprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Lornoxicam, Meloxicam, Nabumetone, Naprossene, Nimesulide, Oxaprozina, Piroxicam, Proglumetacina, Sulindac, Tenoxicam, Celecoxib, Etoricoxib, Parecoxib ~~Valdecoxib~~,

La prescrizione è limitata alle seguenti condizioni patologiche

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

#### **Nota 74**

Coriogonadotropina alfa, Follitropina alfa, Follitropina beta, Follitropina alfa/lutropina alfa, Lutropina alfa, Menotropina, Urofollitropina

La prescrizione, su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata alle indicazioni

- trattamento dell'infertilità femminile:  
in donne di età non superiore ai 45 anni e/o con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml
  - ad un dosaggio massimo di 6.300 unità di FSH per singola prescrizione (singolo ciclo)
  - ad un massimo complessivo di 12.600 UI/paziente
- trattamento dell'infertilità maschile  
in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunemente con FSH non superiore a 8 mUI/ml.
  - ad un dosaggio massimo per singola prescrizione di 150 UI di FSH 3 volte alla settimana per 4 mesi.

#### **Nota 75**

Alprostadil, Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil

- 1) Disfunzione erettile da lesioni permanenti e complete del midollo spinale o del plesso pelvico iatrogene, traumatiche o infiammatorie/degenerative (alprostadil)
- 2) Disfunzione erettile da danno transitorio o parziale del midollo spinale o del plesso pelvico secondo un piano terapeutico specialistico [andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo] (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil)

#### **Nota 79**

Ac. alendronico, Ac. Alendronico+Colecalciferolo, Ac. Ibandronico, Ac. risedronico, Bezadossifene; Ormone paratiroideo, Raloxifene, Ranelato di Stronzio, Teriparatide

La prescrizione, nell'indicazione profilassi di fratture osteoporotiche, è limitata alle seguenti condizioni

- soggetti di età superiore a 50 anni in cui sia previsto un trattamento > 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi (ac. alendronico, ac. risedronico, ac. alendronico + vitamina D3 )
- soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore
- soggetti di età superiore a 50 anni con valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno  $\leq 4$  ( $0 \leq 5$  per ultrasuoni falangi)

- soggetti di età superiore a 50 anni con valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno  $\leq 3$  ( $0 \leq 4$  per ultrasuoni falangi) e con almeno uno dei seguenti fattori di rischio aggiuntivi
  - storia familiare di fratture vertebrali e/o di femore
  - artrite reumatoide e altre connettiviti
  - pregressa frattura osteoporotica al polso
  - menopausa prima dei 45 anni di età
  - terapia cortisonica cronica

(ac. alendronico, ac. alendronico + vitamina D3, ac. risedronico, ac. ibandronico, bezadoxifene, raloxifene, ranelato di stronzio)

- soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale moderata-severa o in una frattura di femore in corso di trattamento con uno degli altri farmaci della Nota 79 (alendronato, alendronato+vit. D3, risedronato, bezadoxifene, raloxifene, ibandronato, ranelato di stronzio) da almeno un anno per una pregressa frattura vertebrale moderata-severa o una frattura di femore. Soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della Nota 79 (alendronato, alendronato+vit. D3, risedronato, bezadoxifene raloxifene, ibandronato, ranelato di stronzio), che si presentano cumulativamente con 3 o più pregresse fratture vertebrali severe o di femore o con 2 fratture vertebrali severe ed una frattura femorale prossimale

La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre TRE volte (per un totale complessivo di 24 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni (teriparatide, ormone paratiroideo)

- soggetti di età superiore a 50 anni in trattamento da più di 12 mesi con dosi  $> 5$  mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con una frattura vertebrale severa o due fratture vertebrali moderate

La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre TRE volte (per un totale complessivo di 24 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano

(teriparatide)

Prima di avviare la terapia con i farmaci sopraindicati, in tutte le indicazioni è raccomandato un adeguato apporto di calcio e vitamina D, ricorrendo, ove dieta ed esposizione solari siano inadeguati, a supplementi con sali di calcio e vitamina D3 (e non ai suoi metaboliti idrossilati). La prevenzione delle fratture osteoporotiche deve anche prevedere un adeguato esercizio fisico, la sospensione del fumo e la eliminazione di condizioni ambientali ed individuali favorevoli a traumi. Non deve essere dimenticato, infine, che tutti i principi attivi non sono privi di effetti collaterali per cui va attentamente valutato il rapporto vantaggi e rischi terapeutici. Inoltre la loro associazione è potenzialmente pericolosa e va pertanto evitata. Per l'applicazione della Nota 79, la valutazione della massa ossea con tecnica DXA o ad ultrasuoni deve essere fatta presso strutture pubbliche o convenzionate con il SSN.

La prescrizione va fatta nel rispetto delle indicazioni e delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci.

### **Nota 82**

#### **Montelukast, Zafirlukast**

la prescrizione è limitata alle seguenti condizioni

- nel trattamento di “seconda linea” dell’asma moderato persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria, quando questi non garantiscano un controllo adeguato della patologia, anche dopo associazione con beta-2 agonisti
- nella profilassi dell’asma da sforzo.

Quando gli steroidi risultino insufficienti è preferibile, piuttosto che aumentarne il dosaggio, aggiungere un farmaco di “seconda linea”. Tra questi la prima scelta è rappresentata dai beta-2 agonisti a lunga durata d’azione, seguiti, come seconda scelta, dagli antileucotrieni.

### **Nota 83**

#### **Carbomer (Lacrime artificiali)**

la prescrizione è limitata al trattamento sintomatico dei pazienti affetti da malattia di Sjögren (*sindrome secca* in corso di patologia autoimmune), poiché non sono disponibili terapie a carattere curativo.

### **Nota 84**

#### **Aciclovir, Brivudin, Famciclovir, Valaciclovir**

la prescrizione 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 (VZV)
  - trattamento della varicella (aciclovir)
  - trattamento delle infezioni da *H. Zoster* cutaneo (aciclovir, famciclovir, valaciclovir, brivudin).

### **Nota 85**

#### **Donepezil, Galantamina, Rivastigmina, Memantina**

La prescrizione su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) individuate dalle Regioni, è limitata ai pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) o moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina).

### **Nota 87**

#### **Ossibutinina**

la prescrizione è limitata ai pazienti affetti da incontinenza urinaria, nei casi in cui il disturbo minzionale sia correlato a patologie del sistema nervoso centrale (es. ictus, morbo di Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla).

### **Nota 88**

#### **Coricosteroidi e Preparati dermatologici**

la prescrizione, su diagnosi dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata ai pazienti affetti da patologie gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica).

### **Nota 89**

#### **Acrivastatina, Cetirizina, Desloratadina, Ebastina, Fexofenadina, Ketotifene, Levocetirizina, Loratadina, Mizolastina, Oxatomide, Prometazina,**

la prescrizione è limitata ai 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).

### **Nota 90**

#### **Metilnaltrexone**

La prescrizione è limitata alla condizione di costipazione indotta da oppiacei in soggetti con malattia in stato terminale che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche:

- terapia continuativa con oppiacei della durata di almeno 2 settimane
- resistenza al trattamento con lassativi ad azione osmotica per più di 3 giorni

### **Nota 91**

#### **Febuxostat**

La prescrizione è limitata alla condizione di trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti

### **Nota 92**

#### **Benzilpenicillina benzatinica**

La prescrizione con oneri a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati individuati dalle Regioni, è limitata a:

- profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A. Profilassi delle recidive della malattia reumatica

- sifilide

### **Nota 93**

#### **Midazolam oromucosale e siringhe preriempite da 2,5, 5, 7,5 e 10 mg per uso oromucosale**

La prescrizione (classe A) è limitata al:

- trattamento acuto nelle crisi delle epilessie in età pediatrica con elevato rischio di occorrenza di crisi prolungate (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico nelle forme idiomatiche della Sindrome di Dravet e della Sindrome di Panayiotopoulos
- trattamento acuto delle crisi nelle altre epilessie dell'età pediatrica, dopo un precedente episodio di crisi prolungata (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico nelle forme idiomatiche e nelle forme sintomatiche di varia eziologia

### **Nota 94**

#### **Omega polienoici**

La prescrizione è a carico del SSN solo sin presenza delle seguenti condizioni:

- ricovero con sindrome coronaria acuta con o senza innalzamento del tratto ST [sindrome coronaria acuta SCA-STE, sindrome coronaria acuta SCA-NSTE]
- sofferta sindrome coronaria acuta con o senza innalzamento del tratto ST [sindrome coronaria acuta SCA-STE, sindrome coronaria acuta SCA-NSTE] nei precedenti 90 giorni

SCA-STE=sindrome coronarica acuta con soprasslivellamento del tratto ST;

SCA-NSTE= sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST

Nei pazienti con SCA-STE è necessaria la presenza di: • soprasslivellamento del tratto ST di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (<24 ore) insorgenza • alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico Nei pazienti con SCA-NSTE è necessaria la presenza di: • alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico La durata del ciclo di trattamento rimborsabile è di: - 12mesi nei pazienti con frazione di eiezione alla dimissione ospedaliera >40% - 18 mesi nei pazienti con frazione di eiezione <40% alla dimissione ospedaliera.