



MANUALE D'USO PER LE MODALITA' PRESCRITTIVE NEL S.S.R.

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	ARCHIVIAZIONE
Data di bozza	Rev. 01	Descrizione: prima emissione	

Sommario

<i>Premessa</i>	3
<i>La Ricetta Dematerializzata</i>	3
<i>Compilazione delle Ricette</i>	5
<i>Codifica Nazionale delle Condizioni di Esenzione dalla Compartecipazione alla Spesa Sanitaria</i>	7
<i>Prestazioni Specialistiche senza oneri a carico dell'assistito</i>	13
<i>Esenzioni per Malattia Cronica ed Invalidante</i>	14
<i>Modalità Indicazione Esenzione</i>	15
<i>Esenzioni per Malattia Rara D.M. 279/01</i>	16
<i>Esenzioni a seguito del Riconoscimento Di Invalidità Civile</i>	17
<i>Protocollo di Accesso agli esami di Laboratorio per le Donne in Stato di Gravidanza e per la Tutela della Maternità' responsabile - D.M.S.10/9/98</i>	19
<i>Allegato A</i>	20
<i>Allegato B</i>	21
<i>Allegato C</i>	24
<i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	24
<i>Criteri di Appropriatezza per la Prescrizione della Densitometria Ossea (Moc)</i>	26
<i>La Prescrizione di Ossigeno Liquido</i>	29
<i>Prescrizione dei Farmaci</i>	30
<i>Farmaci Equivalenti (Generici)</i>	31
<i>Prescrizione di Farmaci "OFF-LABEL"</i>	32
<i>Farmaci a Piano Terapeutico</i>	34
<i>Particolari Modalità di Erogazione di Medicinali agli Assistiti</i>	36
<i>Prescrizione dei Farmaci Analgesici Oppiacei nella Terapia del Dolore</i>	38

Premessa

Nel corso del 2016 si sta vivendo un momento importante di cambiamento nel settore delle prescrizioni a carico del SSR sia sul versante dei farmaci sia su quello delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Questo cambiamento non richiede soltanto l'utilizzo di sistemi informatizzati adeguati, ma anche un cambiamento culturale della classe dei Medici Prescrittori. Si sta passando dalla ricetta elettronica a quella dematerializzata attraverso l'evoluzione dei percorsi tecnici che permetteranno una ancor più puntuale monitoraggio ed analisi delle prescrizioni al fine di coniugare l'appropriatezza clinica con la sostenibilità economica del SSN e SSR.

Naturalmente oltre alla "buona pratica clinica", è necessario, nel corso della stesura della prescrizione, osservare quanto previsto nello specifico dalla normativa vigente ed è a tale proposito che ci è sembrato utile raccogliere le varie norme che riguardano appunto le prescrizioni sia di farmaci che di prestazioni specialistiche, fornendo in tal modo uno strumento di consultazione duttile ed aggiornato ad uso di tutti i Medici Prescrittori del SSR.

Considerata tuttavia la continua evoluzione di tali norme occorre che il prescrittore sia regolarmente aggiornato in merito; variazioni della normativa vigente verranno pertanto prontamente comunicate dall'Azienda mediante pubblicazione sul sito web aziendale e invio agli indirizzi e-mail forniti dai prescrittori.

La Ricetta Dematerializzata

L'introduzione della ricetta dematerializzata fa parte del progetto più ampio della introduzione della Tessera Sanitaria.

Tale progetto, che interagisce all'interno di uno scenario nazionale estremamente complesso, ha come obiettivo primario quello di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Normativa di riferimento

- **DPCM 26 marzo 2008**
- **Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78**
- **DM 2 novembre 2011**
- **Decreto 18 ottobre 2012, n. 179**

- A. **DPCM 26 marzo 2008** - Il provvedimento normativo DPCM 26 marzo 2008 attuativo del D.L. 296/2006 art 1 comma 810 lettera C, **dispone le modalità di trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni da parte dei singoli medici del SSN e del SASN** o da parte delle Regioni aderenti all'art 4 comma 1 al Ministero dell'economia e delle finanze e **pone le basi per la ricetta elettronica**. Si colloca nel contesto del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria, art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, e definisce una infrastruttura di servizi applicativi per il collegamento in rete dei medici e per la trasmissione telematica dei dati.

B. **Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78** - L'articolo 11, comma 16 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, prevede che, nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi di cui al citato articolo 50, al fine di accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche di cui al medesimo articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis, del citato decreto-legge n. 269 del 2003, il Ministero dell'economia e delle finanze, cura l'avvio della diffusione della suddetta procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui all'allegato 1 del decreto del Ministro della salute del 26 febbraio 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 marzo 2010, n. 65.

C. **DM 02 novembre 2011** – norma la dematerializzazione della ricetta medica per le prescrizioni a carico del SSN.

Art. 2- Piano di diffusione nelle regioni della dematerializzazione della ricetta medica per le prescrizioni a carico del SSN e dei SASN

Art.3 - Medicinali stupefacenti e sostanze psicotrope

Comma 1 – Sono escluse dall'ambito di applicazione del predetto decreto le prescrizioni di farmaci di cui al decreto del Ministero della Salute 10 marzo 2006 e successive modificazioni citate in premessa. (*Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, tabella II, sezione A e allegato III-bis, come modificato dal decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49*)

D. DECRETO-LEGGE 18 ottobre 2012 n. 179

Art. 13. Prescrizione medica e cartella clinica digitale

Comma 1 - Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, accelerando la sostituzione delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico, generate secondo le modalità di cui al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze in data 2 novembre 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 dicembre 2012, concernente la dematerializzazione della ricetta cartacea di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le regioni e le province autonome, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, provvedono alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60 per cento nel 2013, all'80 per cento nel 2014 e al 90 per cento nel 2015.

Comma 2 - **DAL 1° GENNAIO 2014 le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale.** Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di attuazione del presente comma.

ATTENZIONE: anche se le procedure della prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche sono radicalmente cambiate , bisogna sempre tenere presente che:

Le normative vigenti e la deontologia professionale non cambiano con l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Nell'ambito della prescrizione della ricetta dematerializzata, il medico dovrà osservare il limite del numero massimo di farmaci prescrivibili e l'eventuale esenzione alla compartecipazione alla spesa nonché tutte le altre direttive in materia.

I dati messi a disposizione del sistema, acquisibili attraverso il codice fiscale e il NRE, attestano che le informazioni sono state inserite dal medico; le informazioni vengono riprodotte sul promemoria.

Nelle more della completa attuazione del piano di diffusione della ricetta dematerializzata, i dati delle stesse devono essere trasmessi al sistema TS tramite gli attuali flussi previsto dal DM 18 marzo 2008, attuativo del Comma 5 dell'art. 50.

Cosa non prescrivere sulla ricetta dematerializzata

1. Stupefacenti e sostanze psicotrope (come previsto dal decreto 2 Novembre 2011)
2. DPC (farmaci distribuiti in nome e per conto)
3. Ossigeno gassoso
4. Farmaci di classe C
5. Prescrizioni per Assistiti esteri
6. Prescrizioni derivanti da visita domiciliare
7. Farmaci assoggettati a ricetta limitativa

Compilazione delle Ricette

(Legge 326 del 24 Novembre 2003: nuovo ricettario medico standardizzato)

Nelle circostanze in cui è inevitabile usare la ricetta rossa (es. visita domiciliare) il medico è tenuto a:

1. redigere la ricetta con grafia chiara e leggibile, usando timbri ad inchiostro nero non oleoso e non debordanti dallo spazio previsto
2. utilizzare penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero
3. controfirmare eventuali correzioni effettuate nel campo "prescrizioni"
4. evitare cancellature e correzioni nelle aree a "lettura ottica"(caselle)
5. riportare un solo carattere per casella, evitando di invadere i bordi colorati e non legare i caratteri tra loro
6. apporre **sempre** data di prescrizione - timbro e firma

Inoltre il medico deve indicare:

Per gli assistiti RESIDENTI nella ASL 3 Genovese:

1. cognome, nome, indirizzo (in caso di prescrizione farmaceutica, su esplicita richiesta dell'assistito, applicare sopra il tagliando adesivo)
2. codice fiscale o codice STP o ENI dell'assistito
3. Sigla provincia e codice ASL (GE 103)

Per gli assistiti NON RESIDENTI nella ASL3 Genovese:

1. cognome, nome, indirizzo (in caso di prescrizione farmaceutica, su esplicita richiesta dell'assistito, applicare sopra il tagliando adesivo)
2. codice fiscale o codice STP o ENI dell'assistito
3. sigla della provincia ed il codice ASL di residenza

Per gli assistiti STRANIERI della Comunità Europea

Compilare correttamente la ricetta sul retro indicando:

1. **codice dell'istituzione estera**
2. **nome e cognome in stampatello dell'assistito**
3. **data di nascita dell'assistito**
4. **data di scadenza della tessera**

Ciò è fondamentale per un corretto addebito della spesa all'istituzione estera competente.

OBBLIGHI DEI MEDICO PRESCRITTORE

Il medico prescrittore deve sempre:

1. Accertare preventivamente la sussistenza del diritto ad eventuali esenzioni sulla scorta dei documenti rilasciati all'assistito dagli uffici competenti e ad indicarla sulla prescrizione.
2. prescrivere su ricette distinte:
 - Richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse.
 - Richieste di prestazioni erogabili in regime di esenzione e prestazioni non erogabili in regime di esenzione
3. prescrivere su ogni singola ricetta:
 - Un massimo di otto prestazioni (riferito in particolare agli esami ematochimici)
 - Un massimo di 3 cicli di terapia fisica e riabilitazione che rechino le indicazioni di ciclo

4. Per le prescrizioni diagnostico/specialistiche è obbligatorio apporre la diagnosi sulla richiesta, come previsto dai rispettivi art. 50 comma 2 e art.51 comma 2 degli AACCN degli MMG e PLS, e dalle disposizioni di cui alle DGR n. 545 del 20/05/2011 e DGR n. 1744 del 29/12/2011.

Codifica Nazionale delle Condizioni di Esenzione dalla Compartecipazione alla Spesa Sanitaria

Esenzioni correlate allo stato di salute

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti (DM 329/99)	0	da 01 a 056 (vedi nota 1)	farmaci in classe A correlati alla patologia se reddito inferiore a 36.151,89 €	Esenti per le prestazioni indicate nel DM 329/99
Invalidi civili al 100% senza indennità di accompagnamento	C (Civili)	01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi civili al 100% con indennità di accompagnamento		02	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi civili con riduzione capacità lavorativa inferiore a 2/3 dal 67% al 99%		03	Non esente	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi civili < di 18 anni con indennità di frequenza		04	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Ciechi assoluti bioculari e ciechi con residuo visivo biolare non superiore a 1/10		05	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Sordomuti dalla nascita o prima della lingua parlata		06	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Screening prevenzione tumori ai sensi L.finanziaria 388/2000 art.85 comma4	D (diagnosi precoce)	01	Non esente	Prestazioni diagnostiche in ambito campagne screening autorizzate dalla regione.
Prestazioni diagnostiche per la diagnosi dei tumori-citologico		02		Esclusivamente per PAP- test ogni tre anni per donne fra i 25 e i 65 anni

Prestazioni diagnostiche per la diagnosi dei tumori-Mammografico		03		Esclusivamente per mammografia ogni 2 anni donne fra 45 e 69 anni
Prestazioni diagnostiche per la diagnosi dei tumori colon retto		04		Esclusivamente per colonscopia ogni 5 anni oltre i 45 anni e per soggetti a rischio
Prestazioni diagnostiche correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella		05		Esente per le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Prestazioni rese a favore di detenuti e internati (D.Lgs. 230/99 ex art.1 c.6)	F (Detenuti)	01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Invalidi di guerra categorie dalla 1° alla 5°	G	01	Esenti anche per farmaci in fascia C	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi di guerra categorie dalla 6° alla 8°	Guerra	02	Esenti anche per farmaci in fascia C	Esenti per le prestazioni correlate alla patologie riconosciute

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Prestazioni richieste per il rilascio di certificati obbligatori di idoneità alla pratica sportiva, adozione, affidamenti, allo svolgimento del servizio civile	I Idoneità	01	Non esente	Esclusivamente per prestazioni indicate nel decreto di riferimento (ex DPCM 28 novembre 2003)

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Grandi invalidi del lavoro dall'80% al 100% di invalidità	L Lavoro	01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni

Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa >2/3 dal 67% al 79% di invalidità		02	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa <2/3 dall'1% al 66% di invalidità		03	Non esente	Esenti per le prestazioni correlate all'invalidità
Infortunati sul lavoro (limitatamente al periodo dell'infortunio)		04	Esenti per farmaci in fascia A correlati all'infortunio (ex DRG 1593 21/12/2004)	Esenti per le prestazioni correlate all'infortunio
Affetti da malattie professionali			Non esente	Esenti per le prestazioni correlate alla malattia professionale

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Gravidanza epoca pre-concezionale	M Maternità	00	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per le prestazioni riportate sul DM 10/09/98
Gravidanza fisiologica		N° settimana di gravidanza		
Gravidanza a rischio		50		
Gravidanza in cui non è conosciuta la settimana di gestazione		99 (vedi nota 4)		

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione emoderivati	N	01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per le prestazioni correlate alla malattia residua

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Prevenzione situazioni epidemiche	P Prevenzione	01	Non esente	Per le prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva in caso di situazioni epidemiche

Prevenzione avviamento al lavoro		02	Non esente	Per le prestazioni finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge (Dlgs 124/98 ex art.4 comma 1 lettera b) e non poste a carico del datore di lavoro
Prevenzione pratiche vaccinali		03	Non esente	Per le prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (dlgs 124/98)

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Soggetti affetti da malattie rare ai sensi del D.M. 18/05/2001 n° 279	R Malattie rare	Codice della malattia rara (vedi nota 2)	Tutti i farmaci anche in classe C individuati nel protocollo terapeutico	Per le prestazioni ritenute efficaci ed appropriate con riferimento ai protocolli rilasciati dai presidi della rete dove esistenti
Prestazioni su sospetto diagnostico malattia rara (ex art.5 comma 2 D.M. 18/05/2001 n° 279)		99 (vedi nota 3)	Non esente	Per tutte le prestazioni necessarie alla diagnosi

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Invalidi per servizio appartenenti alla 1° categoria (dall'80% al 100%) - titolari di specifica pensione	S Servizio	01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi per servizio appartenenti dalla 2° alla 5° categoria		02	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Invalidi per servizio appartenenti dalla 6° alla 8° categoria		03	Esenti per farmaci in fascia A	Per le prestazioni correlate all'invalità per servizio

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Soggetti Donatori di sangue, midollo, organi	T	01	Non esente	Per le prestazioni correlate alla donazione

vittime del terrorismo e stragi di tale matrice/L.206 del 3-8-2004 con invalidità = o > all'80% (in Italia dal 1-1-1961, all'estero dal 1-1-2003)	T	19	Esenti per tutti i farmaci anche Classe C	Esenti per tutte le prestazioni
vittime del terrorismo e stragi di tale matrice/L.206 del 3-8-2004 con invalidità minore 80 % + coniuge + figli o in mancanza dei predetti i genitori (in Italia dal 1-1-1961, all'estero dal 1-1-2003)	T	18	Esenti per tutti i farmaci anche Classe C	Esenti per tutte le prestazioni
CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
vittime del terrorismo e della criminalità organizzata ex DM 6/8/1991	V	01	Esenti per tutti i farmaci anche Classe C	Esenti per tutte le prestazioni

CATEGORIA SOGGETTI	CODICE	SUB CODICE	TICKET FARMACI	TICKET PRESTAZIONI
Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali a cittadini extracomunitari non in regola e privi di risorse economiche sufficienti	X	01 (vedi nota 6)	Non esente	Esenti per le prestazioni di cui al comma 3 art. 35 D.L.vo 286/98
Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	PML	(vedi nota 5)	Non esente	Esenti esclusivamente per gli accertamenti prescritti ai fini medico legali ai naviganti in ambito SASN
Terapia del dolore severo	TDL	(vedi nota 7)	Esenti farmaci terapia del dolore	Non esenti

ESENZIONI PER REDDITO

CATEGORIA SOGGETTI	Codice	Esenzione ticket sui farmaci	Esenzione ticket sulle prestazioni
Soggetto di età inferiore a 6 anni, appartenente ad un nucleo familiare	E01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni

che, in riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi, ha conseguito un reddito complessivo lordo inferiore a € 36.151,98.			
Soggetto di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare che, in riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi, ha conseguito un reddito complessivo lordo inferiore a € 36.151,98.	E01	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Titolare di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico.	E02	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Titolare di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 se è presente il coniuge e di ulteriori € 516.46 per ogni figlio a carico.	E03	Esenti per farmaci in fascia A	Esenti per tutte le prestazioni
Soggetto esente per patologia cronica (DM 329/99) non rientrante nelle precedenti categorie di esenzione per reddito, appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 36.151,98.	EPP	Farmaci correlati alla patologia	Esenti per prestazioni previste dal DM 329/99

Nota

(1)

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

Nota

(2)

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

Nota

(3)

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

Nota

(4)

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

Nota

(5)

Le prestazioni medico legali erogate gratuitamente ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN di cui al codice PML

(D.M. 22 febbraio 1984 ed altre normative tecniche di settore), ivi comprese le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico-legale, sono: visita preventiva di imbarco per i marittimi con libretto di navigazione, di nazionalità italiana, straniera o apolide; visita preventiva di imbarco per gli imbarcandi come personale al servizio sulla nave, che imbarcano con passaporto di nazionalità italiana o straniera su navi battenti bandiera italiana; visite periodiche biennali di idoneità alla navigazione marittima; visite di rilascio o rinnovo delle licenze e degli attestati aeronautici (per il solo personale di 1[^] e 2[^] classe in costanza di rapporto di lavoro nel settore dell'aviazione civile; accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica permanente di I^o grado; accertamenti diagnostici richiesti dall'I.M.L. in sede di visita straordinaria; visita di sbarco per malattia occorsa durante il periodo di imbarco (o insorta entro i 28 giorni dallo sbarco per i marittimi imbarcati o per il personale imbarcato a servizio della nave ed iscritto all' I.P.Se.Ma.); emissione di un giudizio di idoneità o di inidoneità al lavoro.

Nota

(6)

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

Nota

(7)

Il codice TDL deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni. Il medesimo codice può essere utilizzato dalla Regione ai fini dell'esenzione sulla quota di compartecipazione alla spesa.

Prestazioni Specialistiche senza oneri a carico dell'assistito

- Mammografia:
ogni due anni per donne in età compresa tra i 45 e 69 anni
(Codice esenzione: D03 + D05 per approfondimenti diagnostico).
- PAP TEST:
ogni tre anni per donne in età compresa tra 25 e 65 anni
(Codice esenzione: D02).
- Colonscopia: ogni 5 anni
per popolazione di età superiore a 45 anni e per soggetti a rischio da individuare dal Ministero
(Codice esenzione: D04).
- Accertamenti diagnostici e strumentali specifici per patologie neoplastiche nell'età giovanile:
per soggetti a rischio di età inferiore a 45 anni da individuare dal Ministero (Codice esenzione: D04).
- Prestazioni finalizzate alla tutela della maternità.
(vedi capitolo dedicato)
- Prestazioni rese nell'ambito di screening autorizzate dalla Regione
(COD. D01).
- Prestazioni rese per legge in caso di situazioni epidemiche

(COD. P01).

- Prestazioni finalizzate all'avviamento al lavoro (PSAL) (COD. P02).
- Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (COD.P03).
- Prestazioni finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV (COD. H01)
- Prestazioni finalizzate alla promozione delle donazioni di sangue,organi e tessuti (COD.T01).
- Prestazioni a seguito di danni irreversibili da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (COD. N01).

PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE PRE E POST- OPERATORIE

Le prestazioni di esami pre operatori e follow-up post operatori, entro 1 mese dall'intervento chirurgico, devono essere richiesti direttamente dal reparto ospedaliero che ha in carico il paziente e non rientrano tra le competenze del MMG e PLS.

Esenzioni per Malattia Cronica ed Invalidante

Le patologie per cui è prevista l'esenzione dal pagamento del ticket sono individuate dal DM 329 del 28/5/99 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1017_listaFile_itemName_0_file.pdf e successive integrazioni .

Per accertarsi di avere diritto ad usufruire di una o più esenzioni per patologia, l'utente deve rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale che, sulla scorta della conoscenza clinica del paziente, individuerà eventuali patologie comprese nell'elenco previsto dalla legge vigente (DM 329 del 28/5/99 e successive integrazioni) e di conseguenza:

Prescriverà, su ricettario regionale, una visita specialistica specificando come quesito diagnostico la patologia individuata (es.ipertensione) seguito da "accertamento finalizzato all'ottenimento dell' esenzione per patologia". Lo Specialista di struttura pubblica rilascerà adeguata certificazione corredata del codice di esenzione, che dovrà essere presentato allo sportello dell'anagrafe sanitaria del Distretto per la trascrizione sul libretto sanitario

Prenderà atto che su certificazioni rilasciate da commissioni mediche militari, verbali di invalidità civile, copie di cartelle cliniche già in possesso del paziente , è indicata la patologia esente e di conseguenza manderà il suo paziente dal Medico Funzionario del Distretto che provvederà ad attribuire alla patologia descritta il codice di esenzione e invierà l'utente allo sportello dell'anagrafe sanitaria del Distretto per la trascrizione sul libretto sanitario.

La ASL di residenza dell'assistito pertanto riconosce il diritto all'esenzione per malattia cronica ed invalidante su presentazione da parte dell'assistito di:

Certificazione redatta da specialista di struttura pubblica,
certificazioni rilasciate da commissioni mediche degli ospedali militari
copia della cartella clinica rilasciata dalle strutture prima elencate
copia del verbale redatto ai fini del riconoscimento di invalidita'
copia della cartella clinica rilasciata da istituti di ricovero accreditati operanti nell'ambito del SSN

In tutti questi casi la documentazione clinica deve essere sottoposta alla valutazione del medico del distretto

Le prestazioni finalizzate alla diagnosi di malattia cronica ed invalidante non prevedono l'esenzione dalla partecipazione al costo

Il diritto all'esenzione e' quindi riconosciuto solo per la malattia accertata

Per la maggior parte delle malattie croniche ed invalidanti le prestazioni erogabili in regime di esenzione sono quelle previste dal DM 22 luglio 1996 e successive integrazioni elencate nel D.M. 329/99

Per particolari patologie ad es. Fibrosi cistica, Sclerosi multipla, Neoplasie ecc.. nei decreti di riferimento non sono identificate le singole prestazioni erogabili in esenzione in quanto le necessità dei soggetti sono estese e variabili.

Il medico di fiducia, sia esso MMG, PLS o Specialista le individuerà di volta in volta in relazione alle specifiche condizioni cliniche del paziente.

Ai sensi della DGR 1053/2011 :

1. I soggetti affetti da patologie croniche con un reddito complessivo inferiore a 36.151,98 €, per i farmaci correlati alla patologia sono esentati dal pagamento della quota fissa ricetta di 2 o 4 €.

A questi soggetti verrà rilasciato, previa autocertificazione, il codice EPF (esente per farmaci)

2. I soggetti affetti da patologie croniche con un reddito complessivo superiore a 36.151,98 €, per i farmaci correlati alla patologia sono tenuti al pagamento della quota fissa come per gli altri farmaci.

Modalità Indicazione Esenzione

L'esenzione per reddito (EPF,E01,E02,E03,E04) deve essere inserita nelle ultime tre caselle delle sei previste per l'esenzione.

Vi sono però i codici di 2 patologie che sono composti da 4 caratteri identificativi. In questi casi , per le prescrizioni farmaceutiche dovrà essere utilizzato il suddetto codice abbreviato (031,A31,0A2.....) vedi tabella sottostante:

PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE	SI USA CODICE ABBREVIATO

Ipertensione arteriosa con danno d'organo	0031	031
Ipertensione arteriosa	0A31	A31
malattie cardiache e del circolo polmonare	0A02	0A2
malattie cerebrovascolari	0B02	0B2
malattie delle arterie,arteriole, capillari,vene,linfatici	0C02	0C2

Esenzioni per Malattia Rara
D.M. 279/01

Il decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279,

<http://www.salute.gov.it/portale/malattieRare/documenti/elenco.pdf> regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b,) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124" (S.O. alla G.U. n. 160 del 12 luglio 2001), al fine di assicurare specifiche forme di tutela ai soggetti affetti da malattie rare istituisce la Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare.

La Rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle regioni. Nell'ambito di tali presidi, preferibilmente ospedalieri, con decreto del Ministro della sanità, su proposta della regione interessata, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e sulla base di criteri di individuazione e di aggiornamento concertati con la medesima Conferenza, sono individuati i **Centri interregionali di riferimento** per le malattie rare (**DGR n. 401 del 06/05/2016**)

A causa della complessità e varietà delle manifestazioni cliniche di ciascuna malattia il D.M. di riferimento non definisce le prestazioni erogabili in esenzione ma prevede che le prestazioni erogabili in esenzione siano individuate dal protocollo terapeutico come efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della patologia stessa oltre che alla prevenzione di ulteriori aggravamenti, sulla scorta di protocolli definiti dai **Centri di Riferimento** in collaborazione con i presidi della Rete.

Per l'identificazione delle singole malattie rare è stato predisposto un codice alfanumerico composto da sei caratteri:

1. Il primo carattere è la lettera "R" indicante che la malattia è individuata come rara
2. Il secondo carattere è una lettera che indica il settore della classificazione ICD9-CM cui la malattia appartiene
3. Il terzo carattere è costituito dal numero "O" nel caso di malattia singola o dalla lettera "G" quando il codice si riferisce ad un gruppo di malattie
4. successivi caratteri indicano la numerazione progressiva della malattia o del gruppo di malattie

Per le malattie rare il medico deve riportare sulla prescrizione

TUTTI I SEI I CARATTERI

del codice identificativo della malattia o del gruppo di malattie (esempio : sclerosi laterale amiotrofica = RFO100)

Prescrizioni di Prestazioni Specialistiche nelle Malattie Rare

Nella prescrizione per l'erogazione di prestazioni specialistiche in soggetti esenti per malattie rare, bisogna tenere presente che:

- L'esenzione dalla partecipazione al costo è estesa alle indagini volte all'accertamento della malattia rara ed alle indagini genetiche sui familiari dell'assistito, eventualmente necessarie per la diagnosi di malattia rara di origine genetica (codice R99)
- In caso di sospetto di malattia rara, anche il MMG e il PLS possono indirizzare il paziente ad un presidio della rete per l'approfondimento diagnostico
- Le prestazioni erogabili in esenzione sono definite dai Centri di riferimento e dai Presidi della Rete secondo criteri di efficacia e di appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali
- Formulata la diagnosi, i centri di riferimento o i presidi della rete rilasciano all'assistito la certificazione di malattia rara con Sistema Informatico dal 26/07/2010

I soggetti esenti per malattia rara hanno diritto:

1. **A tutti i farmaci in fascia A** individuati nel protocollo terapeutico. *
 - a. Sono esentati anche dalla quota a carico dall'assistito (ticket 2 o 4 €)
 - b. Pagano la differenza con il prezzo massimo di rimborso
2. **A tutti i farmaci in fascia C individuati nel protocollo terapeutico*** La fornitura dei farmaci, compresi quelli di fascia C rientra nelle attività di presa in carico del paziente e pertanto soggetta ad erogazione diretta da parte dei Centri/presidi della rete sul territorio (DGR n. 759/2011).
3. **Ai parafarmaci** individuati nel protocollo terapeutico* (DGR n.1272/2014)

Attualmente è in vigore la distribuzione diretta dei farmaci e parafarmaci individuati nel protocollo terapeutico da parte delle farmacie ospedaliere aziendali.

***Tutti i protocolli terapeutici devono essere redatti dai Centri di Riferimento**

Esenzioni a seguito del Riconoscimento Di Invalidità Civile

I cittadini ai quali è riconosciuta una percentuale di invalidità superiore al 67% hanno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, secondo la percentuale riconosciuta con le seguenti modalità:

1. gli utenti ai quali viene riconosciuta una percentuale di invalidità da 67% a 99% avranno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni specialistiche e strumentali, no sui farmaci.
2. gli utenti ai quali viene riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100% avranno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket sia sui farmaci che sulle prestazioni strumentali.
3. gli utenti ai quali viene riconosciuta l'indennità di accompagnamento oltre all'esenzione dal pagamento del ticket per farmaci e per prestazioni strumentali sono esentati anche dal pagamento della quota fissa ricetta.

Per ottenere il riconoscimento, è necessario sottoporsi ad una visita medica presso gli ambulatori dedicati a tale attività presso le sedi della Medicina Legale della ASL dove operano le commissioni Mediche per l'accertamento della invalidità civile

Sarà cura del Medico di Medicina Generale di:

1. Valutare se qualcuno tra i propri pazienti potrebbe avere diritto a questo riconoscimento.
2. Accedere, dopo avere ritirato presso i competenti uffici il codice di accesso al programma dedicato, al sito INPS (o ASL) dove si trova l'apposito modulo da compilare
3. Riportare sul sopra citato modulo i dati anamnestici, l'elenco di tutte le patologie da cui il paziente è affetto ed inviare per via informatica agli uffici INPS competenti.
4. stampare una copia del modulo inviato all'INPS e consegnarlo al paziente invitandolo a recarsi presso un patronato, a sua scelta, per completare la pratica.
5. Informare il paziente che per ogni patologia dichiarata sul modulo compilato, dovrà essere allegata certificazione di struttura specialistica pubblica che confermi la patologia dichiarata. Es: se il MMG dichiara che il suo paziente è diabetico, dovrà essere prodotto alla commissione medica di verifica un certificato di un diabetologo ospedaliero o di ASL o una cartella clinica di un ricovero precedente dove sia dichiarato che il paziente è diabetico.

Una volta effettuata la visita e ricevuto il riscontro dagli uffici INPS, se la percentuale riconosciuta sarà superiore al 67% l'utente dovrà recarsi, con il verbale ricevuto, agli sportelli del anagrafe sanitari della sua zona per la trascrizione sul libretto sanitario del suo diritto all'esenzione.

Nella stessa richiesta di visita per l'accertamento della invalidità civile, potranno essere richiesti (se ritenuti necessari) con semplici biffature e delle caselle presenti sul modulo informatico dell'INPS, gli accertamenti per ottenere il riconoscimento dell'handicap (legge 104) e il riconoscimento della legge 68 per l'inserimento agevolato, delle persone riconosciute invalide, nelle liste speciali dell'ufficio collocamento.

Tutti gli accertamenti richiesti verranno esaminati in una unica seduta della commissione medica.

Si ricorda infine che c'è una specifica richiesta, sempre biffando la casella adeguata sullo stesso modulo INPS, per richiedere l'accertamento dell'invalidità per il riconoscimento di persona non vedente che viene gestito da apposite commissioni mediche diverse da quelle per la invalidità civile e che, se riconosciuto, dà diritto ad agevolazioni che si sommeranno a quelle eventualmente ottenute dall'invalidità civile, dalla legge sull'handicap e dalla legge 68.

E' evidente che la patologia riconosciuta sulla cecità non verrà più valutata sull'invalidità civile.

Protocollo di Accesso agli esami di Laboratorio per le Donne in Stato di Gravidanza e per la Tutela della Maternità responsabile - D.M.S.10/9/98

La prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche nel corso della gravidanza, è effettuata dai Medici di medicina generale o dagli Specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari.

Sono escluse dalla partecipazione al costo a seconda del periodo della gravidanza:

1. Visite periodiche ostetrico ginecologiche.
2. Prestazioni di cui agli allegati A, B e C del sopra citato Decreto.
3. Allegato A commi 1, 2, e 3:(esami preconcezionali)è obbligatoria la prescrizione da parte dello Specialista Ginecologo o Genetista.Il MMG può trascrivere su ricettario regionale barrando la casella "S".
4. Allegato A comma 4: (esami in caso di patologie della gravidanza con morte perinatale o aborti ripetuti)è obbligatoria la prescrizione da parte dello Specialista Ginecologo o Genetista di struttura pubblica.
5. Allegato B: (esami routinari in gravidanza):esami prescrivibili dal MMG. Gli esami prescrivibili in esenzione variano secondo il periodo di gestazione
6. Allegato C: (esami per diagnosi prenatale) è obbligatoria la prescrizione da parte dello Specialista Ginecologo o Genetista di struttura pubblica.

Nelle prescrizioni di indagini in corso di gravidanza, il MMG e/o lo Specialista sono tenuti a riportare sulla ricetta (nello spazio dedicato ai codici di esenzione per patologia) seguenti codici:

- Epoca prefezionale: M 00
- Gravidanza fisiologica: M + n° sett/grav. da 0 a 41
- Gravidanza a rischio: M 50
- Gravidanza non databile: M 99

Vedi allegato A e B per esplicitiva prescrittiva delle prestazioni esenti dal costo secondo le settimane di gestazione come previsto dal DM 10 Settembre 1998.

D.M.10 SETTEMBRE 1998

Aggiornamento del d.m. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del d.m. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e della tutela della maternità.

(G.U. 20 ottobre 1998, n. 245)

Allegato A

Commi 1,2,3: ACCERTAMENTI DEL PERIODO PRECONCEZIONALE

(obbligatoria prescrizione di specialista Ginecologo o Genetista. Il MMG può trascrivere su ricetta rossa biffando la casella S)

Comma 1. Prestazioni specialistiche per la donna

- **ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI** (89.01)
(consulenza ginecologica preconcezionale)
- **ANTICORPI ANTI ERITROCITI** (Test di Coombs indiretto) (90.49.3)
(in caso di rischio di isoimmunizzazione)
- **VIRUS ROSOLIA ANTICORPI** (Ig G, IgM) (91.26.4)
- **TOXOPLASMA ANTICORPI** (E.I.A.) (IgG, Ig M) (91.09.4)
- **RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA** (Test di Simmel) (90.74.3)
(in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti)
- **Hb - EMOGLOBINE ANOMALE** (HbS, HbD, HbH, ecc.) (90.66.5)
(in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti)
- **ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE** (PAP test) (91.38.5)

Comma 2. Prestazioni specialistiche per l'uomo

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

Comma 3. Prestazioni specialistiche per la coppia

- **VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2) anticorpi H (91.22.4)**
- **GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D) (90.65.3)**
- **TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (91.10.5)**
(Ricerca quantitativa Mediante emoagglutinazione Passiva) (TPHA)
- **TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (91.11.1)**
(Flocculazione) [VDRL] [RPR]

Comma 4: Accertamenti prescrivibili solo da specialisti Ginecologi o Genetisti. Non trascrivibili dal MMG

4. Esami in caso di patologie della gravidanza con morte perinatale o aborti ripetuti

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

Allegato B

CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISOLOGICA

- 1. All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13^a settimana, e comunque al primo controllo**

- **EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PL,T, IND. DERIV., F. L. H (90.62.2)**
- **GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh ,(D), (90.65.3)**
(qualora non eseguito in funzione preconcezionale)
- **ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] (90.09.2)**
- **ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U] (90.04.5)**
- **VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (91.26.4)**
(in caso di IgG negative, entro la17^a settimana)
- **TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) (91.09.4)**
(in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto)
- **TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (91.10.5)**
(Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva (TPHA) qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner)
- **TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR] (91.11.1)**
(qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner)
- **VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA,[HIV 1-2] ANTICORPI (91.22.4)**
- **GLUCOSIO [S/P/U/dU/La] (90.27.1)**
- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (90.44.3)**
- **ECOGRAFIA OSTETRICA (88.78)**
- **ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto) (90.49.3)**
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^a-36^a settimana.

2. Tra la 14^a e la 18^a settimana

- **URINE: ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) (90.44.3)**

3. Tra la 19^a e la 23^a settimana

- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) 90.44.3**
- **ECOGRAFIA OSTETRICA 88.78**

4. Tra la 24^a e la 27^a settimana

- **GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]** 90.27.1
- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)** 90.44.3

5. Tra la 28^a e la 32^a settimana

- **EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.** (90.62.2)
- **FERRITINA (P/(Sg)Er):** in caso di riduzione del volume globulare medio (90.22.3)
- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)** (90.44.3)
- **ECOGRAFIA OSTETRICA** (88.78)

6. Tra la 33^a e la 37^a settimana

- **VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg** (91.18.5)
- **VIRUS EPATITE C (HCV) Anticorpi** (91.19.5)
- **EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.** (90.62.2)
- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)** (90.44.3)
- **VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) Anticorpi** in caso di rischio anamnestico (91.22.4)

7. Tra la 38^a e la 40^a settimana

- **URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)** (90.44.3)

8. Dalla 41^a settimana

- **ECOGRAFIA OSTETRICA** (88.78)
(Su specifica richiesta dello specialista)
- **CARDIOTOCOGRAFIA** (75.34.1)
(Su specifica richiesta dello specialista, se necessario, monitorare fino al parto)

(*) In caso di **batteriuria significativa**

ESAME COLTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA) (90.94.2)

Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni incluso conta batterica.

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

Allegato C

INDICAZIONI ALLA DIAGNOSI PRENATALE

(«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:

1. età materna avanzata (= o > 35 aa.)
2. genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
3. genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico
4. genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità
5. anomalie malformative evidenziate ecograficamente
6. probabilità di 1/250 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.

Medicina Fisica e Riabilitazione

(Prescrizione cicli di terapia fisica e riabilitativi)

Il DPCM 29 novembre 2001 ha catalogato diverse prestazioni di terapia fisica e riabilitazione come **non essenziali** rendendole **non concedibili** dal SSN, ma ha lasciato facoltà alle Regioni di reintrodurre alcune e di deciderne le modalità prescrittive.

La Regione Liguria, con **DGR n. 839/2002**, ha reintrodotta le seguenti prestazioni che, in quanto non essenziali, devono essere prescritte come complementari a quelle essenziali:

- Elettroterapia antalgica.
- Laser terapia antalgica.
- Mesoterapia.
- Ultrasuonoterapia.

Sono state, inoltre, stabilite le modalità prescrittive diversificandole secondo lo schema che segue:

A) In condizione di post acuzie il MMG può prescrivere:

(non oltre 90 gg dall'evento)

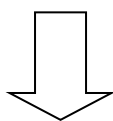
- **Visita specialistica fisiatrica** indicando la perdita funzionale o gli esiti di un evento morboso.
- **Ciclo di 10 sedute** di rieducazione motoria o altro training rieducativo indicando sempre la perdita funzionale o gli esiti di un evento morboso.
- **Ciclo di 10 sedute** di rieducazione motoria **più un ciclo di sedute** di una delle 4 terapie fisiche reintrodotte.

B) Per patologie cronico evolutive (che non presentano caratteri di urgenza e che richiedono programmi di intervento a lungo termine) il MMG può prescrivere:

- **Visita specialistica Fisiatrica** indicando la perdita o funzionale o gli esiti di un evento morboso.

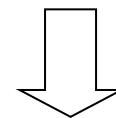
(Vedi schema allegato)

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA



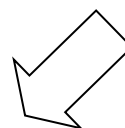
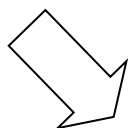
Acuzie

(Non oltre i 90 giorni dall'evento)



Postacuzie

(Patologie cronico evolutive)

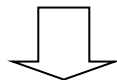


il MMG può prescrivere



Visita specialistica fisiatrice

Oppure

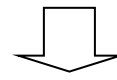


Un ciclo di rieducazione motoria
o altro training rieducativo indicando
una perdita funzionale o gli esiti di
un evento morboso

più

Un ciclo di una delle 4 terapie fisiche
reintrodotte dalla Regione Liguria

Visita specialistica fisiatrice



Il pz. viene preso in carico
dallo Specialista Fisiatra

Criteria di Appropriatezza per la Prescrizione della Densitometria Ossea (Moc)

(DPCM 5 marzo 2007)

La densitometria non è un esame prescrivibile con caratteristiche d'urgenza

La principale finalità clinica dell'indagine densitometrica è:

la valutazione del rischio di frattura.

Sebbene le più recenti revisioni delle evidenze scientifiche disponibili indichino che l'elevata prevalenza di osteoporosi e di fratture da fragilità potrebbe giustificare l'accesso alla prestazione per la diagnosi dell'osteoporosi in tutte le donne di oltre 65 anni, la presenza di altri fattori di rischio migliora sensibilmente l'efficacia diagnostica della densitometria ossea anche in questa fascia di età.

L'esame è indicato solo quando la conoscenza dei valori densitometrici è rilevante nella gestione clinica del paziente (dieta, attività fisica, abitudini di vita, riduzione del rischio di cadute, trattamenti medici e riabilitativi).

Al momento non sono disponibili evidenze scientifiche, né stime del rapporto costo/beneficio che giustifichino l'impiego della densitometria come screening generalizzato, ma essa trova indicazione su base individuale in presenza di specifiche condizioni cliniche caratterizzate da un rischio.

In pazienti con pregresse fratture da traumi minimi l'indagine densitometrica serve a confermare il dubbio diagnostico di osteoporosi.

Del tutto inappropriata è, invece, la richiesta di densitometria per sintomatologia algica diffusa e/o segni e sintomi attribuibili ad artrosi, rachialgia o lombosciatalgia, in assenza di fattori di rischio per osteoporosi.

Tale esame è a carico del SSN se:

PRESCRITTO AD INTERVALLI DI TEMPO NON INFERIORE A 18 MESI LIMITATAMENTE AI SOGGETTI CHE PRESENTINO



oppure



UN FATTORE DI RISCHIO MAGGIORE

TRE O PIÙ FATTORI DI RISCHIO MINORI

SECONDO LE INDICAZIONI DELLA REGIONE LIGURIA DI SEGUITO RIPORTATE

INDICAZIONI REGIONALI

Fattori di rischio maggiori:

PER SOGGETTI DI OGNI ETÀ DI SESSO FEMMINILE E MASCHILE

- a) Precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali.
- b) Riscontro radiologico di osteoporosi
- c) Terapie croniche (attuata o previste) quali:
 - Cortico-steroidi sistemici (per più di 3 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.

- d) Chemioterapia in età pediatrica (prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori)
- e) Radioterapia in età pediatrica (prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori)
- f) Patologie a rischio di osteoporosi quali:
- g) Malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi,
- h) iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1).
- i) Rachitismi/osteomalacia.
- j) Sindromi da denutrizione, compresa l'anorexia nervosa e le sindromi correlate,
- k) Celiachia e sindromi da malassorbimento,
- l) Malattie infiammatorie intestinali croniche severe,
- m) Epatopatie croniche colestatiche.
- n) Fibrosi cistica,
- o) Insufficienza renale cronica,
- p) Sindrome nefrosica,
- q) Nefrotubulopatie croniche
- r) Ipercalciuria idiopatica.
- s) Emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi).
- t) Artrite reumatoide (incluso Morbo di Still),
- u) Spondilite anchilosante
- v) Artropatia psoriasica
- w) Connettiviti sistemiche
- x) Patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico.
- y) Trapianto d'organo.
- z) Allettamento e immobilizzazioni prolungate (>3 mesi).
- aa) Paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

LIMITATAMENTE A DONNE IN MENOPAUSA

- a) Anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni.
- b) Menopausa prima di 45 anni.
- c) Magrezza: indice di massa corporea < 19 kg/m

Fattori di rischio minori : PER LE DONNE IN MENOPAUSA

- a) Età superiore a 65 anni.
- b) Anamnesi familiare per severa osteoporosi.

- c) Periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale.
- d) Inadeguato apporto di calcio (<1200 mmg/die).
- e) Fumo > 20 sigarette/die
- f) Abuso alcolico (>60 g/die di alcool).

PER GLI UOMINI DI ETÀ SUPERIORE A 60 ANNI

- a) Anamnesi familiare per severa osteoporosi.
- b) Magrezza (indice di massa corporea < a 19Kg/m²).
- c) Inadeguato apporto di calcio (<1200 mmg/die).
- d) Fumo (più di 20 sigarette al giorno)
- e) Abuso alcolico (>60 g/die di alcool)

La Prescrizione di Ossigeno Liquido

La prescrizione di ossigeno liquido è ammessa dal S.S.N (D.D. M.M. 15/2/92 e 3/4/92) solo per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia a lungo termine che risultano esenti per la malattia cronica ed invalidante "insufficienza respiratoria cronica" (codice di esenzione 024 di cui al DM 329/99)

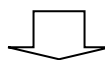
L'indicazione terapeutica e la conseguente prescrizione deve essere stabilita da una Struttura pneumologica universitaria, ospedaliera, territoriale.

Le strutture pneumologiche (universitarie, ospedaliere, territoriali) che hanno in cura un paziente affetto da insufficienza respiratoria cronica che necessita di Terapia domiciliare con ossigeno liquido sono tenute a compilare e rilasciare un apposito modulo denominato Allegato A con cui certificano la necessità del paziente di effettuare terapia domiciliare con ossigeno liquido e definiscono la posologia (Quantità di erogazione l/min e n° di ore giornaliere di erogazione).

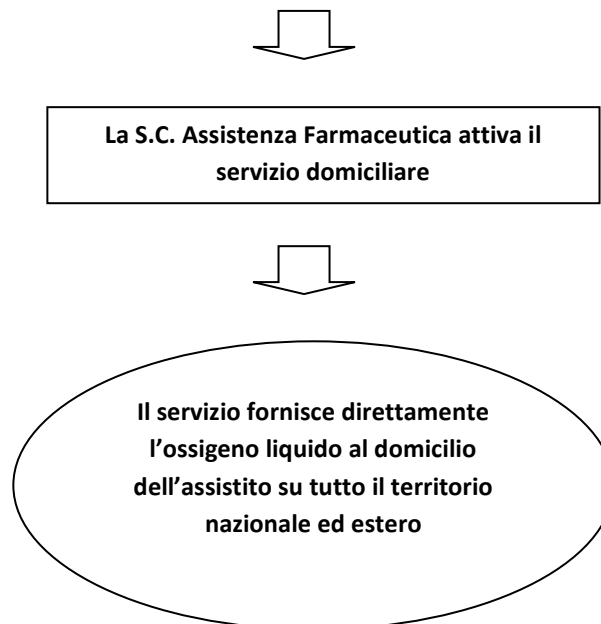
Il modulo va compilato ogni volta che viene modificata la posologia di erogazione

IL PROCESSO DI ACQUISIZIONE DI OSSIGENO LIQUIDO PER GLI ASSISTITI DELLA ASL 3 GENOVESE

La struttura di pneumologia ospedaliera o territoriale compila e consegna l'apposito modulo all'assistito



L'assistito consegna il modulo alla
S.C.Assistenza Farmaceutica
(Via Archimede 30° o via Operai 80)



Prescrizione dei Farmaci

Di norma su una singola ricetta a lettura ottica possono essere prescritte 2 confezioni di farmaci

L'art .26 del D.L.90/2014 in vigore dal 25 giugno 2014 prevede che:

Il medico presrittore può prescrivere all'assistito affetto da malattia cronica invalidante o malattia rara medicinali fino ad un **massimo di 6 confezioni per ricetta**, purchè già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi..

Tale prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia

Possono essere prescritte 6 confezioni in caso di prescrizione di antibiotici iniettabili in confezione monodose, e medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e medicinali da somministrare esclusivamente per fleboclisi.

FARMACI A NOTA

Per la prescrizione dei farmaci a nota è necessario apporre sulla ricetta il numero della nota.

Per le note consultare il sito della Farmacovigilanza .

N.B. Dal 1 gennaio 2005 non è più necessario controfirmare

Per le prescrizioni di farmaci a carico del SSN, il medico deve rispettare quanto previsto dall'Autorizzazione all' Immissione in Commercio (AIC) rilasciata dal Ministero della Sanità, pertanto deve:

Attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie ed alle modalità di somministrazione previste dalla scheda tecnica.*

Farmaci Equivalenti (Generici)

I farmaci equivalenti (i così detti “generici”) sono:

- ❑ farmaci confezionati, prodotti industrialmente, non più coperti da brevetto e da CCP (certificato complementare di protezione).
- ❑ identificati dalla denominazione comune internazionale del principio attivo seguiti dal nome del titolare AIC

inoltre rispetto ai farmaci con brevetto hanno :

- ❑ prezzo più basso del 20-30% rispetto al farmaco di cui sono copia in quanto sono prodotti non innovativi e pertanto non derivanti da ricerca e sviluppo.
- ❑ identica composizione quali-quantitativa del principio attivo
- ❑ identica via di somministrazione, formulazione farmaceutica
- ❑ identico profilo di sicurezza, qualità ed efficacia
- ❑ procedure registrative semplificate e basate su studi di bioequivalenza e biodisponibilità

RIMBORSABILITÀ DI FARMACI EQUIVALENTI

In caso di prescrizione di un prodotto farmaceutico presente in commercio anche come Generico:

Il Medico prescrittore ha la possibilità di indicare sulla ricetta la **non sostituibilità** del prodotto farmaceutico prescritto

L'Assistito ha la possibilità di non accettare le sostituzioni con il corrispondente Generico se proposte dal farmacista ma è tenuto a pagare la differenza. Questo perché a partire dal 2011 l'AIFA, sulla base dei prezzi vigenti in Europa, ha fissato un prezzo massimo di rimborso per confezione. Qualora il farmacista dispensi un medicinale con prezzo più alto di quello di rimborso, l'assistito è tenuto a pagare la differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso ad eccezione dei pensionati di Guerra.

MODALITÀ' PRESCRITTIVE

Il medico, nel prescrivere un farmaco, è sempre tenuto a informare il paziente della presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali (comma 12 dell'articolo 11 del decreto-legge n. 1/2012.)

Secondo quanto previsto dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 di conversione del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95. Art.15 comma 11 bis :

Il Medico che curi un paziente per la prima volta per una patologia cronica, o per un nuovo episodio di una patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare sulla ricetta del SSN la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco.

Il Medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo ;
tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'art. 11 comma 12 del decreto-legge 24 gennaio 2012

Motivazioni **clausola di non sostituibilità**

Le motivazioni che possono giustificare il ricorso alla “clausola di non sostituibilità” sono le seguenti:

1. Ipersensibilità, intolleranza, interazione/controindicazione agli eccipienti.
2. Obiettive difficoltà di assunzione
3. Terapia complessa/Problematiche assistenziali

ATTENZIONE!

L'assenza della motivazione, così come la presenza di una motivazione inidonea, in rapporto a quanto sopra indicato, o che faccia riferimento a situazioni o circostanze non documentabili, rende la ricetta non conforme alla legge

Le suddette disposizioni non si applicano alle terapie croniche già in atto

Il farmacista, qualora sulla ricetta non sia indicata la non sostituibilità è tenuto a consegnare il medicinale avente prezzo più basso, fatta salva l'eventuale espressa richiesta del paziente di ricevere il farmaco a prezzo più alto, previo pagamento della differenza di prezzo.

Prescrizione di Farmaci “OFF-LABEL”

Si definisce “off-label” l'impiego nella pratica clinica di farmaci già registrati ma usati in maniera non conforme a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto autorizzato.

L'uso off-label riguarda, molto spesso, molecole conosciute e utilizzate da tempo, per le quali le evidenze scientifiche suggeriscono un loro razionale uso anche in situazioni cliniche non approvate da un punto di vista normativo.

Questa pratica è ampiamente diffusa in vari ambiti della medicina, quali, ad esempio, oncologia, reumatologia, neurologia e psichiatria e riguarda la popolazione adulta e quella pediatrica. In campo

pediatrico, specialmente a livello neonatale, una cospicua parte delle prescrizioni sia in ospedale sia sul territorio sono off-label.

La normativa che regola l'uso off-label dei medicinali (L.94/98) indica che il medico, nel prescrivere un farmaco, deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio, in quanto tali modalità sono state valutate nella fase di sperimentazione del medicinale.

Tuttavia la legge permette un uso "diverso" del farmaco qualora il medico curante, sotto la sua diretta responsabilità, previa informazione del paziente e acquisizione del consenso informato, e sulla base delle evidenze documentate in letteratura e in mancanza di alternative terapeutiche migliori, ritenga necessario somministrare un medicinale al di fuori delle indicazioni d'uso e/o modalità di somministrazione autorizzate.

In nessun caso, tuttavia, il ricorso a tale modalità prescrittiva, può costituire riconoscimento del diritto del paziente alla erogazione dei medicinali a carico del SSN.

La prescrizione off-label si realizza quando un farmaco viene somministrato:

1. Diversamente dall'indicazione terapeutica prevista.
2. Diversamente dalle vie e dalle modalità di somministrazione prevista.
3. Secondo dosi diverse rispetto a quanto previsto dallo schema posologico dell'RCP.
4. Superando le controindicazioni contemplate nel RCP.
5. Diversamente dalle utilizzazioni autorizzate dal Ministero della Salute.
6. Diversamente dall'elenco predisposto dalla Commissione Unica del farmaco.

La concessione dei farmaci prescritti off-label da parte del SSN è regolata dalla legge 648/96 e sue modificazioni

Legge 648/96

La Legge 648/96 rappresenta l'attuazione del Decreto Legislativo 536/96; attraverso questa norma è stato stilato un elenco di medicinali erogabili a totale carico del SSN, allo scopo di rispondere tempestivamente a situazioni patologiche che hanno una carenza terapeutica e per le quali, quindi, non esiste una valida alternativa terapeutica.

Tale elenco è composto da medicinali che alla loro base hanno degli studi clinici di Fase II e contiene, anche, provvedimenti e determinazioni attraverso le quali vengono indicate quali sono le condizioni e le modalità d'uso dei singoli medicinali. I medicinali contenuti in questo elenco devono avere le seguenti caratteristiche:

1. Devono essere medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata all'estero e non sul territorio nazionale.
2. Devono essere medicinali sottoposti a sperimentazione clinica.
3. Devono essere medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa rispetto a quella autorizzata.

È necessaria, inoltre, un'analisi (monitoraggio) epidemiologica sull'impiego di questi medicinali per quelle patologie che non hanno una valida alternativa terapeutica. L'elenco che contiene questi medicinali è periodicamente aggiornato dalla CTS (Commissione Tecnico Scientifica) dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e si trova sul sito della Farmacovigilanza.

Decreto Legge 36 del 20 marzo 2014.

Quest'ultimo innesto normativo ha visto aggiungersi un nuovo comma (il 4-bis) all'articolo 4 della Legge n.648 del 1996. Aggiunta che prevede che:

“Anche se sussista altra alternativa terapeutica nell'ambito dei medicinali autorizzati, previa valutazione dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), sono inseriti nell'elenco di cui al comma 4, con conseguente erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i medicinali che possono essere utilizzati per una **indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata**, purché tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale, secondo parametri di economicità e appropriatezza.

Farmaci a Piano Terapeutico

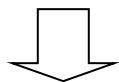
LA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEI FARMACI A PIANO TERAPEUTICO

La scheda di segnalazione di prescrizione di un farmaco a piano terapeutico è compilata:

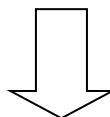
- dal medico specialista dipendente del S.S.N.
- dal Medico convenzionato interno della S.C. ospedaliera o universitaria che ha posto la diagnosi,

nel momento stesso in cui viene effettuata la prima prescrizione del farmaco.

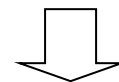
IL PIANO TERAPEUTICO DEVE ESSERE REDATTO IN TRIPLICE COPIA



Una copia va inserita
nella cartella clinica



Una copia deve essere inviata alla
S.C.Assistenza Farmaceutica della Asl
di residenza dell'assistito



Una copia deve essere inviata al
medico curante

L'invio delle schede deve avvenire per via informatica (DGR 759/2011)

VALIDITÀ DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO

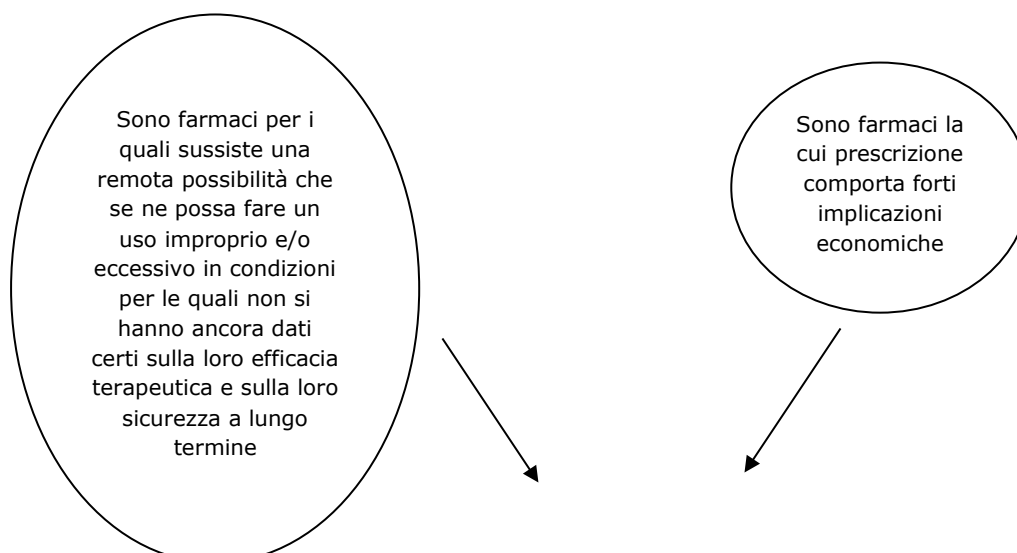
Il piano terapeutico ha validità per il tempo indicato dallo specialista sulla scheda, salvo specifiche disposizioni AIFA che limitano i periodi di validità.

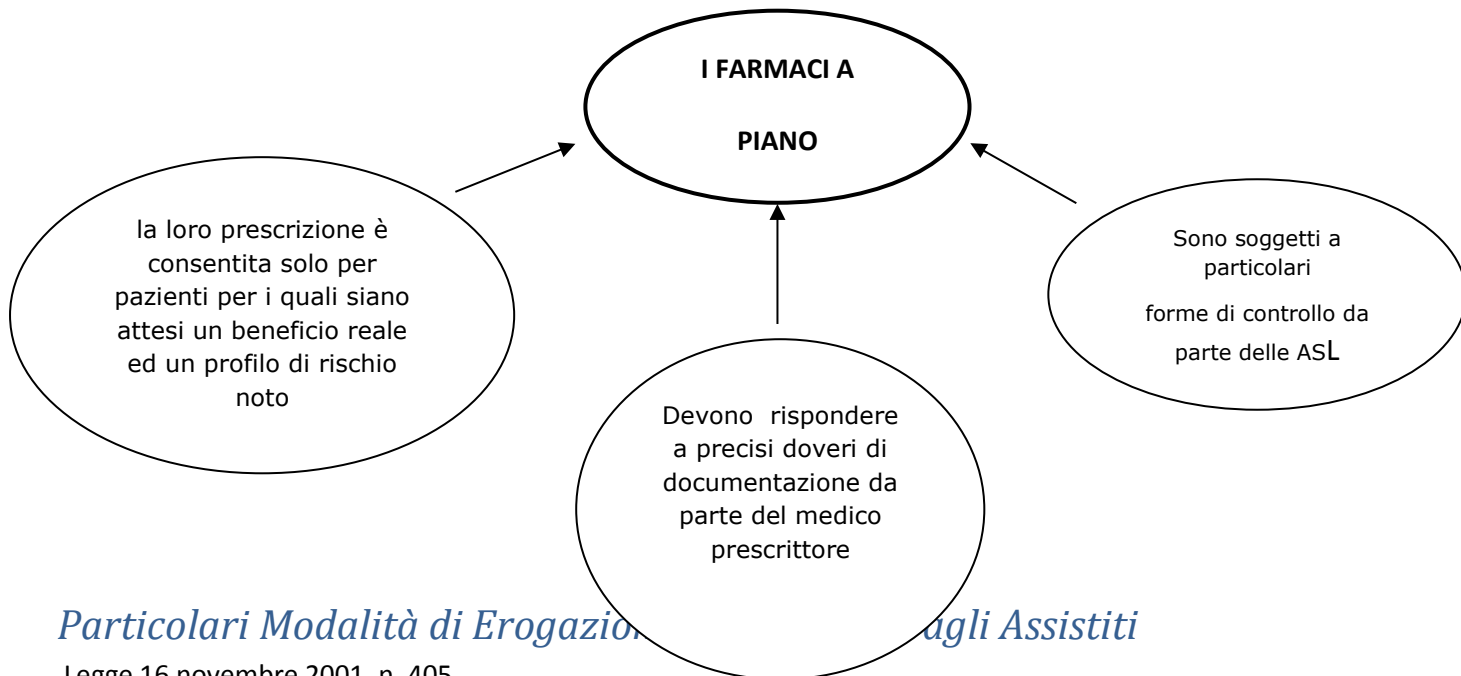
L'allegato 1 di cui alla DGR n.759 del 05/07/2011 prevede la durata massima di un anno.

Alla scadenza del periodo di validità, la scheda di segnalazione, deve essere riformulata dallo specialista che aveva rilasciato la prima scheda o da altro centro autorizzato.

L'originale e le copie della nuova scheda di segnalazione devono essere ritrasmesse con le stesse modalità sopra descritte.

CARATTERISTICHE IDENTIFICATIVE DEI FARMACI A PIANO TERAPEUTICO





Particolari Modalità di Erogazione agli Assistiti

Legge 16 novembre 2001, n. 405

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"

(pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2001)

Art. 8

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di.....:

b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, **limitatamente al primo ciclo terapeutico completo**, sulla base di direttive regionali, **per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.**

LEGGE

21/02/2006

n.

49

(Modifiche al DPR 309/90 Testo unico in materia di stupefacenti)

La Legge 49 ha modificato il sistema di tabellazione della sostanze stupefacenti e psicotrope suddividendolo, in due tabelle:

TABELLA I : sono ricomprese tutte le sostanze individuate come stupefacenti o psicotrope suscettibili di abuso (non riguarda le specialità medicinali)

TABELLA II : sono riportati i principi attivi dei medicinali suddivisi in cinque sezioni (A,B,C,D ed E) a seconda del maggiore o minore potere di indurre dipendenza.

Modalità Prescrizione Stupefacenti 1

Medicinali Tabella II sezione A : devono essere prescritti su ricettario a ricalco di cui alla L. 12/01, la prescrizione può contenere un solo medicinale per una cura di durata non superiore a trenta giorni.

Medicinali Tabella II sezione B e C : devono essere prescritti su ricetta (bianca o del SSN per i farmaci in classe A) da rinnovare volta per volta e da trattenersi da parte del Farmacista.

Sezione B : preparazioni galeniche

Sezione C : antiepilettici (Gardenale, Luminale), pentazocina (Talwin),

Barbiturici.

Modalità Prescrizione Stupefacenti 2

Medicinali Tabella II sezione D : devono essere prescritti su ricetta da rinnovare volta per volta e da trattenersi da parte del Farmacista.

(benzodiazepine iniettabili).

Medicinali Tabella II sezione E : devono essere prescritti su ricetta bianca, con validità di trenta giorni con possibilità di utilizzare la stessa fino a cinque volte nel periodo di validità, ferma restando l'esclusione della ripetibilità nel caso di indicazione di un numero di confezioni superiori all'unità.

(benzodiazepine per uso orale)

- Decreto Ministeriale 19 giugno 2006

Il **TRAMADOLO** è stato escluso dalla tabella II sezione B e le composizioni medicinali contenenti tramadolo dalla tabella II sezione D.

Pertanto il Tramadolo può essere prescritto su ricetta SSN limitatamente ai pazienti affetti da dolore lieve o moderato

in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

[Nota 3 abolita con determina 22 settembre 2009]

Decreto Ministeriale 28 giugno 2006

Il D.M. 28 giugno 2006 abroga il D.M. 10 luglio 1992 che prevedeva la limitazione ad una sola confezione delle preparazioni a base di **FLUNITRAZEPAM (Roipnol)**.

Pertanto a far data dal 13 luglio 2006 il Flunitrazepam deve essere prescritto come gli altri farmaci della tabella II sezione A, cioè la ricetta può comprendere una o più confezioni di un solo medicinale per una terapia di durata non superiore ai trenta giorni.

Prescrizione dei Farmaci Analgesici Oppiacei nella Terapia del Dolore

La Legge 8 febbraio 2001 n. 12, modificata ed integrata con Decreto 4 aprile 2003, ha introdotto con il nuovo ricettario a ricalco procedure semplificate per la prescrizione degli analgesici oppiacei, di cui all' **Allegato III bis**, per la terapia del dolore severo in caso di patologia neoplastica o degenerativa (per degenerativa si intendono situazioni quali: artrite reumatoide, spondilite anchilosante....Non si intendono degenerative patologie quali: infarto miocardico, coliche renali...)

I farmaci inclusi nell'Allegato III-bis Legge 8 del 12/2001 sono :

- BUPRENORFINA (in tutte le forme farmaceutiche)
- CODEINA
- DIIDROCODEINA
- FENTANYL
- IDROCODONE
- METADONE
- MORFINA
- OSSICODONE
- OSSIMORFONE
- IDROMORFONE

IL RICETTARIO PER I FARMACI ANALGESICI OPIACEI NELLA TERAPIA DEL DOLORE

Il ricettario è in triplice copia autocopiante

- Su un'unica ricetta è consentita la prescrizione di farmaci, necessari a coprire 30 giorni di terapia
- Su un'unica ricetta è consentita la prescrizione di un solo farmaco o due farmaci diversi fra loro o di uno stesso farmaco con due dosaggi diversi.
- Non è obbligatorio indicare l'indirizzo di residenza del paziente

- Non è obbligatorio indicare in tutte lettere sia il numero delle confezioni prescritte, sia la posologia nel modo e nel tempo
- Non è obbligatorio conservare la copia della ricetta per sei mesi, da parte del medico
- Una copia della ricetta deve essere conservata dall'assistito.

Per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, i medici possono prescrivere i farmaci analgesici oppiacei che sono inclusi nell'Allegato III-bis con procedure ulteriormente semplificate.

La Legge n. 38 del 2010 infatti consente di utilizzare oltre al ricettario a ricalco anche il ricettario SSN.

In caso di utilizzo del ricettario SSN il medico può prescrivere un numero di confezioni sufficienti a coprire trenta giorni di terapia, con un massimo di sei pezzi per ricetta.

Qualora non bastassero potrà redigere altre ricette nella stessa data.

In relazione all'applicazione del ticket:

Se la prescrizione è effettuata su ricettario a ricalco il paziente è esente dal ticket

Se la prescrizione è effettuata su ricettario SSN, il paziente è esente dal ticket se il prescrittore indica sulla ricetta il codice di esenzione **"TDL 01"** previsto dal D.M. 17/03/08, attestante che il farmaco è prescritto per dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

AUTORICETTAZIONE

Il medico è autorizzato ad approvvigionarsi di farmaci oppiacei per la terapia del dolore tramite autoricettazione e a trasportare tali farmaci per uso professionale urgente

L'autoricettazione può essere effettuata o su ricetta intestata del medico o su ricetta a ricalco.

Il medico è tenuto a conservare copia dell'autoricetta per due anni e a tenere un registro delle prestazioni effettuate

Il registro di cui deve dotarsi il medico non è di modello ministeriale e non è soggetto ad alcuna vidimazione in quanto è per uso professionale urgente.

Il medico è tenuto a registrare in carico tutti i farmaci in suo possesso e deve scaricare i farmaci nel momento in cui li somministra al paziente, specificandone l'esatta quantità utilizzata.

Il registro deve essere conservato per due anni a far data dall'ultima registrazione effettuata.