



Il nuovo ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei medici
chirurghi e degli odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.it
E-MAIL: ordine@omceoss.it

Anno XIV - Numero 4-5
agosto-settembre 2005

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:
via Cavour 71/B - 07100 Sassari
Telefono (079) 23.44.30
Telefax (079) 23.22.28

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Angelo Deplano - *Segretario:* Chiara Musio - *Tesoriere:* Alessandro Arru. *Consiglieri:* Antonio Arru, Giancarlo Bazzoni, Giovanni Biddau, Piero Delogu, Carmelina Firinu, Vittorio Renato Lai, Alessandra Lucaferri, Maria Maddalena Medde, Sebastiano Pacifico, Giovanni Padula, Mario Palermo, Bruno Piccinini, Margherita Pruneddu - *Revisori dei Conti:* *Presidente:* Francesco Carboni; *Membri effettivi:* Nicola Addis, Nadia Tola; *Componente supplente:* Gianpaolo Vidili - *Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Presidente:* Giovanni L. Meloni; *Componenti:* Alessandra Lucaferri, Bruno Piccinini, Ines Mirte Putzu, Lucio Vicini

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari".

Realizzazione editoriale Tipografia TAS,
Via Predda Niedda, 43/D - 07100 Sassari
- Tel. (079) 26.22.21 - Fax 262221

Stampa: TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

- 2 Editoriale/La nuova ricetta: i problemi si risolvono con il dialogo
- 3 In vigore definitivamente dal 1 settembre le norme prescrittive del nuovo ricettario
- 7 Allegato 1/Codici di Regioni, Province autonome e sedi di SASN e codifica delle ASL
- 14 Allegato 2/Codifica delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa
- 18 Allegato 3/Esenzioni per la tutela della maternità e per le donne in gravidanza
- 22 Allegato 4/Patologie croniche: esenzioni per visite ed esami
- 57 Allegato 5/Le note AIFA sui farmaci rimborsabili
- 97 Esami di stato: il Tutor valutatore e l'esperienza del Tirocinio Pratico
- 99 Farmaci/L'osteonecrosi della mandibola e il trattamento con bifosfonati
- 100 ONAOSI: ridotte le quote dei contributi
- 102 Corsi e convegni

Le istruzioni per la compilazione

La nuova ricetta: i problemi si risolvono con il dialogo

Finalmente è finita la gestazione: dopo una serie di rinvii, dal primo settembre è obbligatorio per tutti utilizzare la nuova ricetta sull'intero territorio nazionale.

Riguardo a questo foglio di carta, con una prevalenza del rosso, pieno di caselline, di riquadri, sul davanti e sul retro, si sono scritte e dette una gran quantità di parole, sicuramente sentite, ma per la maggior parte inutili. Per insegnare l'utilizzo di questo foglietto di carta sono stati utilizzati i più svariati sistemi.

Il Ministero ha inviato a casa, a ciascuno di noi un CD Rom con tutte le spiegazioni, un sistema inusuale, a cui forse non siamo abituati, ma sicuramente valido, penso però che la maggior parte dei medici lo abbia eliminato senza neanche controllarne il contenuto. Le aziende sanitarie hanno fatto una marea di corsi di formazione, indirizzati a tutti i futuri utilizzatori, molti sono stati i partecipanti, ma credo che molti di più siano stati gli assenti.

Personalmente ho preso il toro per le corna e ho iniziato ad utilizzare la nuova ricetta appena è stata disponibile; non avendo a disposizione in ospedale, dove lavoro, un computer con relativo programma informatico, la compilo a mano, e non mi è sembrato un qualcosa di trascendentale.

Il significato ultimo che si è attribuito a questo nuovo ricettario è quello di poter con esso meglio controllare la spesa sanitaria. Sull'argomento si sono scritte una mare di parole, qualcuno vede finalmente fatta giustizia vista la possibilità di individuare i veri responsabili del dissesto della spesa sanitaria; non penso che sarà proprio così, credo infatti che la maggior parte dei medici italiani abbia sempre lavorato in scienza e coscienza e

che solo una minima parte abbia perseguito atteggiamenti erranei.

Per quanto concerne alcune affermazioni che sono state fatte sulla stampa isolana a proposito delle prescrizioni effettuate da questa o quella branca della nostra grande categoria, mi fa piacere ricordare che il nostro Ordine ha coordinato e diretto un gruppo di medici, rappresentanti sindacali delle varie branche, il quale ha prodotto un documento in cui si dettano le norme di un comportamento che deve essere improntato sulla correttezza tra colleghi.

L'esistenza di tale documento che, ricordo, è stato inviato a domicilio a tutti i medici della nostra provincia, ha fatto sì che si iniziasse a ragionare sui vari compiti che ognuno ha all'interno del sistema sanitario nazionale, ma tengo a sottolineare che il modo di agire di ciascuno di noi non deve irrigidirsi su un foglio di carta scritta, soprattutto quando l'applicare alla lettera delle norme di comportamento si riversa sul terminale dei rapporti tra colleghi, il malato.

Purtroppo leggo e sento quotidianamente lamentele dei pazienti su frasi e affermazioni che hanno il tono di "*questo non spetta a me, vada e gli dica che lo può fare benissimo lui*".

Questi fatti mi lasciano sempre perplesso: è possibile, mi domando, che esistano dei colleghi più rigidi di vecchi protagonisti di migliaia di barzellette? È proprio così difficile, se si pensa di aver ragione, fare ugualmente un atto medico e in seguito, senza la presenza del paziente, prendere il telefono e dialogare col collega. Io credo che molti non lo facciano per paura di scoprire che sono proprio loro ad aver interpretato male le norme.

Agostino Sussarellu

Sono in vigore definitivamente dal 1 settembre

Le norme prescrittive

del nuovo ricettario

di Chiara Musio

Dal 1 settembre 2005 sono definitivamente in vigore le norme di compilazione della nuova ricetta del SSN. Per tale ragione ho pensato di pubblicare un riassunto, nelle parti essenziali, della Normativa Nazionale con le relative modifiche apportate dalla Regione Sardegna con le varie circolari. Per questo articolo ho potuto avvalermi del materiale che, come Ordine dei Medici, abbiamo utilizzato durante i seminari per i neolaureati organizzati con la dottor Carta e la dottoressa Doddo, del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'AUSL 1 di Sassari, che vorrei pubblicamente ringraziare a nome di tutto il Consiglio per la loro fattiva collaborazione alle nostre iniziative. Mi sono anche avvalsa delle circolari regionali e ministeriali che sempre il Servizio Farmaceutico dell'AUSL 1 di Sassari invia ai medici di medicina generale.

La legge 531/1987 all'art. 2, comma 1, stabilisce che l'utilizzo dei ricettari del SSN è riservata esclusivamente ai medici dipendenti del SSN o in regime di convenzione con lo stesso cioè medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali interni. Restano esclusi, sino a nuove disposizioni regionali, i medici convenzionati esterni.

Nell'ambito della Regione Sardegna sono confermati, ad ottenere il nuovo ricettario, tutti i soggetti autorizzati ai sensi del D.M. 350/88 compresi i medici operanti nei Policlinico Universitario di Sassari (esclusivamente i dipendenti convenzionati con il SSN e non i libero-professionisti) ai quali verranno consegnati i ricettari direttamente dall'Azienda USL n° 1 di Sassari.

I medici specializzandi o in formazione non possono ottenere l'assegnazione del ricettario ma devono utilizzare quello del medico tutor apponendo il doppio timbro e la loro firma o solo il timbro del tutor ma con la propria firma perfettamente leggibile.

Il medico sostituto di uno specialista ambulatoriale o di un medico di continuità assistenziale (guardia medica), se non ancora in possesso di un suo ricettario, dovrà utilizzare quello del medico titolare apponendo però il proprio timbro identificativo.

Nella medicina di gruppo e di associazione il medico dovrà utilizzare il proprio ricettario anche nei casi in cui rilascia prescrizioni a pazienti in carico agli altri medici.

I medici che operano in sostituzione temporanea (sino a 30 gg.) ed occasionale di un medico di medicina generale o di un pediatra di libera scelta devono utilizzare il ricettario ed il timbro del medico titolare con l'ap-

posizione della loro firma leggibile; in tale ipotesi il timbro e la firma vanno riportati anche nei fogli della matrice del ricettario corrispondenti alle ricette utilizzate.

Si ricorda che il codice identificativo di ogni ricetta individua il medico prescrittore che risulta sempre responsabile della relativa prescrizione.

La compilazione delle ricette va effettuata con le seguenti modalità:

- a) scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica;
- b) riportare un solo carattere in ciascuna casella;
- c) occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa;
- d) non legare i caratteri tra loro;
- e) usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero;
- f) evitare assolutamente cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- g) evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri;
- h) non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione degli elementi indicanti le note CUF che devono necessariamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia 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. È fortemente consigliato l'impiego di procedure informatizzate e di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro.

Il codice dell'assistito cioè il suo codice fiscale va sempre indicato da parte del medico prescrittore.

Per quanto riguarda la sigla della provincia e il codice ASL, la Regione Sardegna ha stabilito che vanno sempre indicate, anche se coincidono con l'ASL del medico prescrittore.

- CODICI ASL ITALIA vedi Allegato 1
- CODICI ESENZIONI vedi Allegato 2
- ESENZIONI IN GRAVIDANZA vedi Allegato 3
- ESENZIONI PER PATOLOGIA vedi Allegato 4

La Regione Sardegna ha deciso di non adottare la codifica nazionale per l'esenzione per reddito (condizioni economiche: E01 E02 E03 E04).

Per tale ragione per quanto riguarda l'esenzione per reddito l'indicazione dell'esenzione deve essere effettuata dal cittadino barrando la lettera R presso la struttura sanitaria che eroga il servizio ed autocertificando il diritto all'esenzione, come finora operato.

Per gli **Invalidi di Guerra** si ricorda che in base alla Legge 203/2000 anche i farmaci in fascia C sono erogabili a totale carico del SSN nei casi in cui il medico ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.

Qualora l'assistito SSN abbia diritto all'esenzione per invalidità, patologia cronica, malattia rara o per altra causa (gravidanza, screening tumori, infortunio sul lavoro, ecc) il medico riporterà il codice relativo alla tipologia di esen-

zione riconosciuta. Qualora l'assistito SSN non abbia diritto a nessuna delle suddette esenzioni (invalidità, patologia cronica, malattia rara, gravi danza, screening tumori, infortunio sul lavoro) il medico dovrà biffare la casella contrassegnata dalla lettera N.

Le tipologie delle prescrizioni sono:

- *suggesta*, se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero. Qualora ricorrano le anzidette circostanze il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "S";
- *ricovero ospedaliero*, se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera. Qualora ricorrano l'anzidetta circostanza il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "H"
- *altro*, da utilizzare per altre tipologie di prestazioni di pertinenza regionale o di ASL.

Per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche il medico deve indicare nell'apposita area e con allineamento a sinistra il numero complessivo dei pezzi o delle prestazioni prescritte.

La Regione Sardegna ribadisce che l'allineamento a sinistra deve essere indicato come segue: esempio 002 008 048 09B (esempio di nota 9 Bis).

Note AIFA

Le caselle relative vanno barrate se non utilizzate.

Nel caso di farmaci privi di nota AIFA, ma per i quali è previsto il Piano Terapeutico (cioè alcuni farmaci che fanno parte del PTH: prontuario della distribuzione diretta ma che possono essere anche prescritti sul territorio) è necessario scrivere a fianco del nome del medicinale la dicitura "Classe A".

Si ricorda che il **Piano Terapeutico** deve essere redatto in triplice copia: una copia deve rimanere al centro prescrittore, una deve essere sempre consegnata al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta dell'assistito e **una copia deve essere trasmessa al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza del paziente.**

Il piano terapeutico, che potrà essere rilasciato solo dai centri individuati dalla Regione, deve riportare:

- I dati anagrafici del paziente
- La diagnosi
- Il farmaco prescritto con relativa posologia e durata del trattamento
- Il timbro e la firma del medico prescrittore
- Il timbro della struttura autorizzata (Centro di riferimento).

Priorità della prescrizione

L'avvio, nelle singole regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia, anche nell'ambito della contrattazione decentrata.

La segnalazione della priorità della prestazioni avviene biffando una sola delle quattro caselle presenti, con la seguente modalità:

- "U" per *urgente*, da eseguire nel più breve tempo possibile;
- "B" per *breve*, da eseguire entro 10 giorni;

- “D” per *differita*, da eseguire:
§ entro 30 giorni per le visite,
§ entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- “P” per *programmata*, da eseguire entro 180 giorni.

La Regione Sardegna ha deciso che nel caso in cui il medico non ritenga di esprimere priorità temporali rispetto all'erogazione della prestazione, dovrà biffare tutte le caselle di priorità (U B D P)

Matrice

È facoltà del medico prescrittore, tranne che per le prescrizioni per il SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) per cui è obbligatorio, inserire nella matrice i dati anagrafici, il codice e l'indirizzo dell'assistito nonché la diagnosi riferita alla ricetta rilasciata. La matrice rimane in carico al medico prescrittore.

Tagliando adesivo

Va applicato esclusivamente nel caso di prescrizioni farmaceutiche solo su richiesta del paziente.

Per tutte le prescrizioni farmaceutiche si ricorda la norma per la quale non è possibile prescrivere farmaci per indicazioni terapeutiche diverse da quelle riportate sulla scheda ministeriale .

L'art. 3 comma 1 della legge n° 94 del 1998 ha stabilito che...“il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazioni previste dall'autorizzazione all'ammissione in commercio rilasciata dal Ministero della Sanità”

E all'art. 3, comma 2...“In singoli casi il medico può sotto la sua responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione diversa da quella autorizzata... in base a dati documentabili... purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale”.

Comma 4 “ In nessun caso, il ricorso anche improprio del medico alla facoltà prevista dai commi 2 e 3 può costituire riconoscimento del diritto del paziente all'erogazione dei medicinali a carico del SSN...”

Comma 5 “ La violazione da parte del medico delle disposizioni del presente articolo è oggetto di procedimento disciplinare ai sensi del D.L. del 13/09/1946 n° 233.

La possibilità di erogazione di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate, con oneri a carico del SSN è prevista invece nell'ipotesi disciplinata dall'art. 1 comma 4 del D.L. n° 536 del 21/10/1996, convertito dalla L.n° 648/96 e limitatamente ad un elenco del Ministero con richiesta da parte di un medico specialista.

Si rimanda al prossimo numero di SASSARI MEDICA per una sintesi delle norme prescrittive per il SASN e per gli assicurati esteri in temporaneo soggiorno o residenti, con tessera europea, o per gli assistiti stranieri con tessera STP.

Allegato 1

Codici di Regioni, Province autonome e sedi SASN e codifica delle ASL

Ente Compente	Codice
Regione Piemonte	010
Regione Autonoma Val D'Aosta	020
Regione Lombardia	030
Provincia autonoma di Bolzano	041
Provincia autonoma di Trento	042
Regione Veneto	050
Regione Friuli Venezia Giulia	060
Regione Liguria	070
Regione Emilia Romagna	080
Regione Toscana	090
Regione Umbria	100
Regione Marche	110
Regione Lazio	120
Regione Abruzzo	130
Regione Molise	140
Regione Campania	150
Regione Puglia	160
Regione Basilicata	170
Regione Calabria	180
Regione Sicilia	190
Regione Sardegna	200
SASN sede di Genova	001
SASN sede di Napoli	002

Codifica progressiva delle Aziende sanitarie locali (ASL) per Sigla automobilistica della provincia

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
PIEMONTE	TO	101	TORINO I	VIA SAN SECONDO 29	TORINO
PIEMONTE	TO	102	TORINO II	VIA TOFANE 71	TORINO
PIEMONTE	TO	103	TORINO III	C.SO SVIZZERA 164	TORINO
PIEMONTE	TO	104	TORINO IV	STRADA DELL' ARRIVORE 25/A	TORINO
PIEMONTE	TO	105	COLLEGNO	VIA MARTIRI XXX APRILE, 30	COLLEGNO
PIEMONTE	TO	106	CIRIE'	BATTITORE 7/9	CIRIE'
PIEMONTE	TO	107	CHIVASSO	PO N. 11 11	CHIVASSO
PIEMONTE	TO	108	CHIERI	SAN DOMENICO, 21	CHIERI
PIEMONTE	TO	109	IVREA	VIA ALDISIO N. 2	IVREA
PIEMONTE	TO	110	PINEROLO	STRADALE FENESTRELLE 72	PINEROLO
PIEMONTE	VC	111	VERCELLI	CORSO MARIO ABBIATE 21	VERCELLI
PIEMONTE	BI	112	BIELLA	MARCONI, 23	BIELLA
PIEMONTE	NO	113	NOVARA	DEI MILLE 2	NOVARA
PIEMONTE	VB	114	OMEGNA	VIA MAZZINI, 117	OMEGNA
PIEMONTE	CN	115	CUNEO	CARLO BOGGIO 12	CUNEO
PIEMONTE	CN	116	MONDOVI'	VIA SAN PIO V, 6/8	MONDOVI'
PIEMONTE	CN	117	SAVIGLIANO	VIA OSPEDALI N. 14	SAVIGLIANO
PIEMONTE	CN	118	ALBA	ROMITA 6	ALBA
PIEMONTE	AT	119	ASTI	VIA CONTEVERDE 125	ASTI
PIEMONTE	AL	120	ALESSANDRIA	GALILEI GALILEI N. 1	TORTONA
PIEMONTE	AL	121	CASALE MONFERRATO	VIALE GIOLITTI 2	CASALE MONFERRATO
PIEMONTE	AL	122	NOVI LIGURE	EDILIO RAGGIO, 12	NOVI LIGURE
VALLE D'AOSTA	AO	101	AOSTA	GUIDO REYN. 1	AOSTA
LOMBARDIA	BG	301	A.S.L. PROV. DI BERGAMO	VIA GALLICCIOLLI 4	BERGAMO
LOMBARDIA	BS	302	A.S.L. PROV. DI BRESCIA	VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI N.15	BRESCIA
LOMBARDIA	CO	303	A.S.L. PROV. DI COMO	VIA PESSINA 6	COMO
LOMBARDIA	CR	304	A.S.L. PROV. DI CREMONA	VIALE PO 12	CREMONA
LOMBARDIA	LC	305	A.S.L. PROV. DI LECCO	CORSO CALRLO ALBERTO 120	LECCO
LOMBARDIA	LO	306	A.S.L. PROV. DI LODI	PIAZZA OSPITALE, 10	LODI
LOMBARDIA	MN	307	A.S.L. PROV. DI MANTOVA	VIA TRENTO N.6	MANTOVA
LOMBARDIA	MI	308	A.S.L. CITTA' DI MILANO	CORSO ITALIA, 19	MILANO
LOMBARDIA	MI	309	A.S.L. PROV. DI MILANO 1	VIA AL DONATORE DI SANGUE, 50	MAGENTA
LOMBARDIA	MI	310	A.S.L. PROV. DI MILANO 2	VIA 8 GIUGNO 69	MELEGNANO
LOMBARDIA	MI	311	A.S.L. PROV. DI MILANO 3	VIALE ELVEZIA 2	MONZA

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
LOMBARDIA	PV	312	A.S.L. PROV. DI PAVIA	VIALE INDIPENDENZA N.3	PAVIA
LOMBARDIA	SO	313	A.S.L. PROV. DI SONDRIO	VIA NAZARIO SAURO, 38	SONDRIO
LOMBARDIA	VA	314	A.S.L. PROV. DI VARESE	VIA OTTORINO ROSSI, 9	VARESE
LOMBARDIA	BS	315	A.S.L. DI VALLE CAMONICA - SEBINO	VIA NISSOLINA, N. 2	BRENO
PROV. AUTON. BOLZANO	BZ	101	AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO	VIA L.BOEHLER, 5	BOLZANO
PROV. AUTON. BOLZANO	BZ	102	AZIENDA SANITARIA DI MERANO	VIA K. WOLF, 46	MERANO
PROV. AUTON. BOLZANO	BZ	103	AZIENDA SANITARIA DI BRESSANONE	VIA DANTE 51	BRESSANONE
PROV. AUTON. BOLZANO	BZ	104	AZIENDA SANITARIA DI BRUNICO	OSPEDALE N. 11	BRUNICO
PROV. AUTON. TRENTO	TN	101	TRENTO	VIA DE GASPERI N. 79	TRENTO
VENETO	BL	101	BELLUNO	VIA FELTRE,57	BELLUNO
VENETO	BL	102	FELTRE	VIA BAGNOLS SUR CEZE, 3	FELTRE
VENETO	VI	103	BASSANO DEL GRAPPA	VIA CARDUCCI 2	BASSANO DEL GRAPPA
VENETO	VI	104	THIENE	VIA RASA, 9	THIENE
VENETO	VI	105	ARZIGNANO	VIA TRENTO, 4	ARZIGNANO
VENETO	VI	106	VICENZA	VIA RODOLFI, 37	VICENZA
VENETO	TV	107	PIEVE DI SOLIGO	VIA LUBIN, 22	PIEVE DI SOLIGO
VENETO	TV	108	ASOLO	VIA FORESTUZZO N. 41	ASOLO
VENETO	TV	109	TREVISO	BORGO CAVALLI 42	TREVISO
VENETO	VE	110	S. DONA' DEL PIAVE	PIAZZA DE GASPERI, 5	SAN DONA' DI PIAVE
VENETO	VE	112	VENEZIANA	P.LE SAN LORENZO GIUSTINIANI 11/D	VENEZIA
VENETO	VE	113	MIRANO	VIA L. MARIUTTO N. 76	MIRANO
VENETO	VE	114	CHIOGGIA	VIA PEGASO N.17	CHIOGGIA
VENETO	PD	115	CITTADELLA	VIA CASA DI RICOVERO 40	CITTADELLA
VENETO	PD	116	PADOVA	VIA E. DEGLI SCROVEGNI, 14	PADOVA
VENETO	PD	117	ESTE	VIA SALUTE 14/B	ESTE
VENETO	RO	118	ROVIGO	VIALE TRE MARTIRI, 89	ROVIGO
VENETO	RO	119	ADRIA	PIAZZA DEGLI E' TRUSCHI N. 9	ADRIA
VENETO	VR	120	VERONA	VIA VALVERDE, 42	VERONA
VENETO	VR	121	LEGNAGO	VIA C. GIANELLA, 1 - LEGNAGO (VR)	LEGNAGO
VENETO	VR	122	BUSSOLENGO	VILLA SPINOLA	BUSSOLENGO
FRIULI VENEZIA GIULIA	TS	101	TRIESTINA	VIA DEL FARNETO 3	TRIESTE
FRIULI VENEZIA GIULIA	GO	102	ISONTINA	VIALE FATEBENEFRATELLI, 34	GORIZIA
FRIULI VENEZIA GIULIA	UD	103	ALTO FRIULI	P.TTA PORTUZZA,2	GEMONA DEL FRIULI
FRIULI VENEZIA GIULIA	UD	104	MEDIO FRIULI	VIA POZZUOLO 330	UDINE

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
FRIULI VENEZIA GIULIA	UD	105	BASSA FRIULANA	NATISONE	PALMANOVA
FRIULI VENEZIA GIULIA	PN	106	FRIULI OCCIDENTALE	VECCHIA CERAMICA, 1	PORDENONE
LIGURIA	IM	101	IMPERIESE	VIA AURELIA 97	SAN REMO
LIGURIA	SV	102	SAVONESE	VIA MANZONI, 14	SAVONA
LIGURIA	GE	103	GENOVESE	VIA G. MAGGIO 6	GENOVA
LIGURIA	GE	104	CHIAVARESE	VIA G.B. GHIO,9	CHIAVARI
LIGURIA	SP	105	SPEZZINO	XXIV MAGGIO N. 139	LA SPEZIA
EMILIA ROMAGNA	PC	101	PIACENZA	CORSO VITTORIO EMANUELE II N.169	PIACENZA
EMILIA ROMAGNA	PR	102	PARMA	STRADA DEL QUARTIERE 2/A	PARMA
EMILIA ROMAGNA	RE	103	REGGIO EMILIA	VIA AMENDOLA N. 2	REGGIO NELL'EMILIA
EMILIA ROMAGNA	MO	104	MODENA	SAN GIOVANNI DEL CANTONE 23	MODENA
EMILIA ROMAGNA	BO	105	BOLOGNA	VIA CASTIGLIONE 29	BOLOGNA
EMILIA ROMAGNA	BO	106	IMOLA	VIA AMENDOLA, 2	IMOLA
EMILIA ROMAGNA	FE	109	FERRARA	VIA CASSOLI, 30	FERRARA
EMILIA ROMAGNA	RA	110	RAVENNA	VIA DE GASPERI 8	RAVENNA
EMILIA ROMAGNA	FC	111	FORLI'	CSO DELLA REPUBBLICA 171/D	FORLI'
EMILIA ROMAGNA	FC	112	CESENA	CSO GARIBALDI, 12 - CESENA (FC)	CESENA
EMILIA ROMAGNA	RN	113	RIMINI	VIA CORIANO 38	RIMINI
TOSCANA	MS	101	MASSA CARRARA	VIA DON MINZONI 3	CARRARA
TOSCANA	LU	102	LUCCA	VIA PER S. ALESSIO MONTE S. QUIRICO	LUCCA
TOSCANA	PT	103	PISTOLA	VIALE MATTEOTTI, 19	PISTOIA
TOSCANA	PO	104	PRATO	VIALE DELLA REPUBBLICA, 240	PRATO
TOSCANA	PI	105	PISA	L. ZAMENHOF, 1	PISA

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
TOSCANA	LI	106	LIVORNO	VIA MONTEROTONDO, 49	LIVORNO
TOSCANA	SI	107	SIENA	VIA ROMA, 75/77	SIENA
TOSCANA	AR	108	AREZZO	VIA FONTE VENEZIANA 8	AREZZO
TOSCANA	GR	109	GROSSETO	VIA CIMABUE, 109	GROSSETO
TOSCANA	FI	110	FIRENZE	PIAZZA S. MARIA NUOVA 1	FIRENZE
TOSCANA	FI	111	EMPOLI	VIA MAZZINI 17	EMPOLI
TOSCANA	LU	112	VERSILIA	VIA AURELIA, 335	CAMAIORE
UMBRIA	PG	101	CITTA' DI CASTELLO	VIA ENGELS - LOC. CHIOCCOLO	CITTA' DI CASTELLO
UMBRIA	PG	102	PERUGIA	VIA G. GUERRA N.17/21	PERUGIA
UMBRIA	PG	103	FOLIGNO	PIAZZA GIACOMINI 40	FOLIGNO
UMBRIA	TR	105	TERNI	VIA BRAMANTE 37	TERNI
MARCHE	PU	101	PESARO	VIA SABBATINI, 22	PESARO
MARCHE	PU	102	URBINO	VIA COMANDINO 70	URBINO
MARCHE	PU	103	FANO	VIA CECCARINI N. 38	FANO
MARCHE	AN	104	SENIGALLIA	VIA CELLINI, 13	SENIGALLIA
MARCHE	AN	105	JESI	VIA GALLODORO 68	JESI
MARCHE	AN	106	FABRIANO	STELLUTI SCALA 26	FABRIANO
MARCHE	AN	107	ANCONA	VIA CRISTOFORO COLOMBO N. 106	ANCONA
MARCHE	MC	108	CIVITANOVA MARCHE	PIAZZA GARIBALDI, 8	CIVITANOVA MARCHE
MARCHE	MC	109	MACERATA	L.GO BELVEDERE SANZIO N. 1	MACERATA
MARCHE	MC	110	CAMERINO	VIALE EMILIO BETTI N 15/A	CAMERINO
MARCHE	AP	111	FERMO	VIA DANTE ZEPELLI, 18	FERMO
MARCHE	AP	112	S. BENEDETTO DEL TRONTO	VIA L. MANARA 7	S. BENEDETTO DEL TRONTO

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
MARCHE	AP	113	ASCOLI PICENO	VIA DEGLI IRIS SNC	ASCOLI PICENO
LAZIO	RM	101	RM/A	VIA ARIOSTO3/9	ROMA
LAZIO	RM	102	RM/B	VIA FILIPPO MEDA 35	ROMA
LAZIO	RM	103	RM/C	VIA DELL'ARTE 68	ROMA
LAZIO	RM	104	RM/D	CASAL BERNOCCHI SNC	ROMA
LAZIO	RM	105	RM/E	BORGO SANTO SPIRITO 3	ROMA
LAZIO	RM	106	RM/F	VIA TERME DI TRAIANO 39/A	CIVITAVECCHIA
LAZIO	RM	107	RM/G	VIA TIBURTINA, 22 A	TIVOLI
LAZIO	RM	108	RM/H	BORGO GARIBALDI 12	ALBANO LAZIALE
LAZIO	VT	109	VITERBO	VIA SAN LORENZO N.101	VITERBO
LAZIO	RI	110	RIE'TI	VIALE MATTEUCI N.9	RIE'TI
LAZIO	LT	111	LATINA	V.LE PIER LUIGI NERVI S.N.C.	LATINA
LAZIO	FR	112	FROSINONE	VIA ARMANDO FABI 1	FROSINONE
ABRUZZO	AQ	101	AVEZZANO - SULMONA	VIA XX SETTEMBRE, 21	AVEZZANO
ABRUZZO	CH	102	CHIE'TI	VIA DEI MARTIRI LANCIANESI, 17-19	CHIE'TI
ABRUZZO	CH	103	LANCIANO - VASTO	VIA SILVIO SPAVENTA 37	LANCIANO
ABRUZZO	AQ	104	L'AQUILA	VIA XX SETTEMBRE, 26	L'AQUILA
ABRUZZO	PE	105	PESCARA	VIA R. PAOLINI,45	PESCARA
ABRUZZO	TE	106	TERAMO	CIRCONVALLAZIONE RAGUSA 1	TERAMO
MOLISE	IS	101	ALTO MOLISE	MARCONI,22	AGNONE
MOLISE	IS	102	PENTRIA	L.GO CAPPUCCINI	ISERNIA
MOLISE	CB	103	CENTRO MOLISE	VIA UGO PETRELLA N.1	CAMPOBASSO
MOLISE	CB	104	BASSO MOLISE	DEL MOLINELLO	TERMOLI
CAMPANIA	AV	101	AVELLINO 1	PIAZZA MAZZINI	ARIANO IRPINO
CAMPANIA	AV	102	AVELLINO 2	DEGLI IMBIMBO	AVELLINO
CAMPANIA	BN	103	BENEVENTO 1	VIA P. MASCELLARO 1 PAL CAMPANILE	BENEVENTO
CAMPANIA	CE	104	CASERTA 1	VIALE UNITA' ITALIANA 28	CASERTA
CAMPANIA	CE	105	CASERTA 2	VIA LINGUITI 54	AVERSA
CAMPANIA	NA	106	NAPOLI 1	CENTRO DIREZ.LE ED. F 9 PALESEDRA	NAPOLI
CAMPANIA	NA	107	NAPOLI 2	VIA CORRADO ALVARO 8 (MONTERUSCELLO)	POZZUOLI
CAMPANIA	NA	108	NAPOLI 3	VIA PADRE MARIO VERGARA EX INAM	FRATTAMAGGIORE
CAMPANIA	NA	109	NAPOLI 4	VIA NAZIONALE DELLE PUGLIE EX 219	POMIGLIANO D'ARCO
CAMPANIA	NA	110	NAPOLI 5	VIA DE GASPERI N. 167	CASTELLAMMARE DI
CAMPANIA	SA	111	SALERNO 1	VIA FEDERICO RICCO	NOCERA INFERIORE
CAMPANIA	SA	112	SALERNO 2	VIA NIZZA 146	SALERNO
CAMPANIA	SA	113	SALERNO 3	PIAZZA SANTA CATERINA	VALLO DELLA
PUGLIA	BA	101	BA/1	VIA FORNACI 201	ANDRIA
PUGLIA	BA	102	BA/2	VIALE IPPOCRATE, 1	BARLETTA
PUGLIA	BA	103	BA/3	PIAZZA DE NAPOLI 5	ALTAMURA
PUGLIA	BA	104	BA/4	LUNGOMARE STARITA 6	BARI
PUGLIA	BA	105	BA/5	VIA CARAFA SNC	PUTTIGNANO
PUGLIA	BR	106	BR/1	VIA NAPOLI, 8	BRINDISI
PUGLIA	FG	107	FG/1	VIA CASTIGLIONE, 8	SAN SEVERO
PUGLIA	FG	108	FG/2	VIA XX SETTEMBRE EX OSPEDALE T. RUSSO	CERIGNOLA
PUGLIA	FG	109	FG/3	PIAZZA DELLA LIBERTA'	FOGGIA
PUGLIA	LE	110	LE/1	VIA MIGLIETTA 5	LECCE
PUGLIA	LE	111	LE/2	VIA P. DE LORENTIIS 29	MAGLIE
PUGLIA	TA	112	TA/1	VIALE VIRGILIO N. 31	TARANTO
BASILICATA	PZ	101	VENOSA	VIA ROMA 187	VENOSA
BASILICATA	PZ	102	POTENZA	VIA TORRACA,2	POTENZA
BASILICATA	PZ	103	LAGONEGRO	VIA PIANO DEI LIPPI	LAGONEGRO

DENOMINAZIONE REGIONE	PROV.	CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA	INDIRIZZO	CITTA'
BASILICATA	MT	104	MATERA	VIA MONTESCAGLIOSO	MATERA
BASILICATA	MT	105	MONTALBANO JONICO	VIALE DEI CADUTI, 29	MONTALBANO JONICO
CALABRIA	CS	101	PAOLA	VIALE DEI GIARDINI	PAOLA
CALABRIA	CS	102	CASTROVILLARI	DEGLI OSPEDALI	CASTROVILLARI
CALABRIA	CS	103	ROSSANO	PROLUNGAMENTO V.LE MICHELANGELO	ROSSANO
CALABRIA	CS	104	COSENZA	V.LE DEGLI ALIMENA, 8	COSENZA
CALABRIA	KR	105	CROTONE	VIA CORIGLIANO	CROTONE
CALABRIA	CZ	106	LAMEZIA TERME	VIA A. PERUGINI	LAMEZIA TERME
CALABRIA	CZ	107	CATANZARO	VIA VINICIO CORTESE 25	CATANZARO
CALABRIA	VV	108	VIBO VALENTIA	VIA DANTE ALIGHIERI	VIBO VALENTIA
CALABRIA	RC	109	LOCRI	VIA VERGA	LOCRI
CALABRIA	RC	110	PALMI	VIA CRISPI 34	PALMI
CALABRIA	RC	111	REGGIO CALABRIA	S. ANNA II TRONCO, 15 - PAL. TI.BI.	REGGIO CALABRIA
SICILIA	AG	101	AGRIGENTO	VIALE DELLA VITTORIA 321	AGRIGENTO
SICILIA	CL	102	CALTANISSETT	VIA GIACOMO CUSMANO 1	CALTANISSETTA
SICILIA	CT	103	CATANIA	VIA S. MARIA LA GRANDE 5	CATANIA
SICILIA	EN	104	ENNA	VIALE DIAZ, 49	ENNA
SICILIA	ME	105	MESSINA	VIA LA FARINA 263/N	MESSINA
SICILIA	PA	106	PALERMO	VIA GIACOMO CUSMANO, 24	PALERMO
SICILIA	RG	107	RAGUSA	PIAZZA IGEA, 1	RAGUSA
SICILIA	SR	108	SIRACUSA	CORSO GELONE, 17	SIRACUSA
SICILIA	TP	109	TRAPANI	VIA MAZZINI, 1	TRAPANI
SARDEGNA	SS	101	SASSARI	VIA MONTE GRAPPA 82	SASSARI
SARDEGNA	SS	102	OLBIA	VIALE ALDO MORO	OLBIA
SARDEGNA	NU	103	NUORO	VIA DEMURTAS 1	NUORO
SARDEGNA	NU	104	LANUSEI	VIA PISCINAS, 5	LANUSEI
SARDEGNA	OR	105	ORISTANO	VIA CARDUCCI, 35	ORISTANO
SARDEGNA	CA	106	SANLURI	VIA UNGARETTI SNC	SANLURI
SARDEGNA	CA	107	CARBONIA	VIA DALMAZIA N 83	CARBONIA
SARDEGNA	CA	108	CAGLIARI	VIA LO FRASSO, 11	CAGLIARI

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Lunedì - Mercoledì - Venerdì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00

Martedì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00

e dalle ore 16.00 alle ore 18.00

Giovedì: dalle ore 11.00 alle ore 15.30 (orario continuato)

Allegato 2

Codifica delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa

n.	Tipologia di esenzione	Codice	Sub Cod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n.329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n.296);	0 Malattie croniche	da 01 a 56	Vedi Nota (1)
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	R	Da Aannn a Qannn	Vedi Nota (2)
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).	Rare	99	Vedi Nota (3)
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 ^a alla 5 ^a titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);		01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);	L	02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);	Lavoro	03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 ^a alla 5 ^a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	S Servizio	02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	

14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n.289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n.68/99		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata)- ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 – (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 -Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);	V Vittime	01	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)- in epoca pre- concezionale;	M Maternità	00	
23	esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; oppure		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) – in gravidanza ordinaria		99	Vedi Nota (4)
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio		50	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnostici precoci	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		03	
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		05	

31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T Donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte);	B HIV	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 – seconda parte -); Prevenzione tubercolosi anche familiare (art.5 D.M.1°/2/91 dar 33/41 del 27/07/95	P Prevenzione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro – attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 –ultima parte -);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata(ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte -);		03	
40	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F Detenuti	01	
41	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M.28 Novembre 2003)	I Idoneità	01	

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (0NN - dove con N rappresenta un numero).

Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia Ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri : 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari" ; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione Arteriosa"; 0031 per " Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo".

Nota (2)

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

Nota (3)

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

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta.

In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

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

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

Il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre, tranne che nel caso delle esenzioni per patologie croniche nel quale il codice è costituito dallo 0 (zero) e non da una lettera dell'alfabeto.

Per quanto attiene alle esenzioni per reddito, si ricorda che il medico non è tenuto alla certificazione dei tale esenzione, che resta di esclusiva competenza del cittadino.

Le esenzioni, infine, dovranno essere certificate su apposito modulo o cartellino o altro supporto definito dalla regione competente ed in possesso dell'assistito, da quale il medico potrà trarre gli elementi probatori necessari alla trascrizione sulla ricetta.

Sito web dell'Ordine: www.omceoss.it

e-mail dell'Ordine: ordine@omceoss.it

Allegato 3

Esenzioni per le donne in gravidanza da esami di laboratorio e diagnostica

Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 10 settembre 1998

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

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

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124;

Visto in particolare l'art. 1, comma 5, lettera a), del predetto decreto che esclude dalla partecipazione al costo le prestazioni finalizzate alla tutela della maternità, prevedendo l'aggiornamento del decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995;

Visto il decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995 recante "Aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 "Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile"";

Sentito il Consiglio superiore di sanità - Assemblea generale nella seduta del 17 giugno 1998;

Sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nella seduta del 30 luglio 1998;

Decreta:

Art. 1.

1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente decreto e dagli allegati A, B e C, che ne formano parte integrante, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

2. La prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dall'art. 2 e degli allegati A, B e C.

Art. 2.

1. In funzione preconcezionale sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici, prescritte dallo specialista alla coppia, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto.

2. 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.

3. Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale, nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato C, prescritte dallo specialista tra quelle incluse nel decreto ministeriale 22 luglio 1996 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, supplemento ordinario n. 150, del 14 settembre 1996. Le regioni individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

4. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

Art. 3.

1. Il presente decreto sostituisce integralmente il decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 13 aprile 1995.

Art. 4.

1. Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 10 settembre 1998

Il Ministro

BINDI

Allegato A

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

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
91.26.4 - VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Ig G, Ig M)
91.09.4 - TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) (Ig G, Ig M)
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 specialistiche per la coppia

91.22.4 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
H - 90.65.3 - 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]

4. In caso di abortività 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 TIREOPEROSSIDASI (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

Nota: Sono riportate le prestazioni come definite dal D.M. 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni. La lettera "H" indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti.

Il Ministro della sanità
BINDI

Allegato B

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

All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13ª 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 AB0 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]
91.26.4 - VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, entro la 17ª settimana
91.09.4 - TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30 -40 gg. fino al parto
91.10.5 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI, (Ricerca quantit. mediante emoaagglutin. passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
91.11.1 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione [VDRL] [RPR]: qualora non eseguito 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]
90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA
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 34ª-36ª settimana.

Tra la 14ª e la 18ª settimana:

90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Tra la 19ª e la 23ª settimana:

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

Tra la 24ª e 27ª settimana:

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

Tra la 28ª e la 32ª settimana:

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

Tra la 33ª e la 37ª 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.
90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)
91.22.4 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI in caso di rischio anamnestico

Tra la 38ª e la 40ª settimana

90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Dalla 41ª settimana

88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA: 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 CULTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] 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.

Nota: Sono riportate le prestazioni come definite dal D.M. 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni. La lettera "H" indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti.

Allegato C

INDICAZIONI ALLA DIAGNOSI PRENATALE (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 patologia genetica.

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

- età materna avanzata (=o > 35 aa.)
- 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 1/250 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.

Il Ministro della sanità

BINDI

Allegato 4/L'elenco delle prestazioni ammesse

Patologie croniche: esenzioni

per visite ed esami

ALLEGATO 4 - I parte

Codice identificativo esenzione	Malattia o Condizione
001 .253.0	<p>ACROMEGALIA E GIGANTISMO</p> <p>Prestazioni:</p> <p>88.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima</p> <p>90.11.4 CALCIO TOTALE [S/IdU]</p> <p>90.35.1 ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]</p> <p>91.48.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO</p> <p>87.03.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [bella turcica, orbita] TC dell'encefalo</p> <p>88.03 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Visita radioterapica pretrattamento</p> <p>PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO</p>

.394; .395; .396; .397; .414; .416; .417; .424; .426;
 .427; .429.4; .433; .434; .437; .440; .441.2; .441.4;
 002 .441.7; .441.9; .442; .444; .447.0; .447.1; .447.6 ;
 .452; .453; .459.1; .557.1; .745; .746; .747;
 .V42.2; .V43.3; .V43.4; V45.0

AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
 (Escluso: .453.0 Sindrome di Budd-Chiari)

Prestazioni:

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
 Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
 89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA
 87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
 Radiografia standard del torace [Teledradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
 88.72.3 ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
 A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
 89.43 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
 Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
 89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
 Dispositivi analogici (Holter)

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (.433; .434; .437)

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
 Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
 87.03.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
 TC del cranio [sella turcica, orbita], TC dell'encefalo
 88.73.5 ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
 A riposo o dopo prova fisica o farmacologica

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
 Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
 87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
 Radiografia standard del torace [Teledradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
 88.74.5 ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
 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 anticoagulante:

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

003 .283.0

ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.09.1	APToglobina
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO (S)
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTIERITROCIITI [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 .307.1; .307.51

ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Esame psicodiagnostico
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita neuropsichiatrica infantile di controllo
90.13.3	CLORURO [SIU/dU]
90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.22.5	FERRO (S)
90.27.1	GLUCOSIO [SP/U/dU/La]
90.37.4	POTASSIO [SIU/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [SIU/dU/(Sg)Er]
90.44.1	UREA [SIPIU/dU]
90.44.3	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
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante

006 .714.0; .714.1; .714.2;
 .714.30; .714.32; .714.33

ARTRITE REUMATOIDE

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.22.3	FERRITINA P[Sg]ErI
90.22.5	FERRO [S]
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS
90.44.3	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 EMAZIE (VES)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
92.14.1	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) SEGMENTARIA DELI/ DISTRETTOI INTERESSATOI
81.91	ARTROCENTESI
93.03	Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)
93.11.2	VALUTAZIONE PROTETICA
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.22	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o Istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.31.2	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO
93.39.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA Per seduta di gruppo di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)
93.39.5	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.83	ELETTROTERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (83.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
\$ 90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati

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

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

007.493

ASMA

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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 [Telereadiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
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 .571.2: .571.5; .571.6

CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE

Prestazioni:

88.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
90.04.5	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.05.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SU]
90.07.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/AIb]
	AMMONIO [P]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.13.3	CLORURO [SI/IdU]
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDAS (gamma GT) [SU]
90.27.1	GLUCOSIO [SI/PI/IdU/La]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.30.2	LIPASI [S]
90.37.4	POTASSIO [SI/IdU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [SI/IdU/(Sg)Er]
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.44.1	UREA [SI/PI/IdU]
90.44.3	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
88.74.1	Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
	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	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD]
	Endoscopia dell' Intestino tenue
	Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)

COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
90.22.5	FERRO [S]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [SIU]
90.37.4	POTASSIO [SIU/dl]/[Sg]E[r]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Includo: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [SIU/dl]/[Sg]E[r]
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 EMAZIE (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 specifiche 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)

ALLEGATO 1 - I parte

011	.290.0;	.290.1;	.290.2;	DEMENZE
	.290.4;	.291.1;	.294.0;	
				Prestazioni:
				ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
				Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Esame psicodiagnostico
				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)
				oppure
				93.83.1 TERAPIA OCCUPAZIONALE
				Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
				93.89.2 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
				Riabilitazione funzioni mnestiche, gnostiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
				oppure
				93.89.3 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
				Riabilitazione funzioni mnestiche, gnostiche 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
				\$ 90.07.4 AMITRIPTILINA
				\$ 90.09.3 BARBITURICI
				\$ 90.09.4 BENZODIAZEPINE
				\$ 90.12.3 CARBAMAZEPINA
				\$ 90.17.4 DESIPRAMINA
				\$ 90.28.3 IMPRAMINA
				\$ 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	.253.5	DIABETE INSIPIDO
		Prestazioni:
		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
		Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
		89.01 ADIURETINA (ADH)
		90.04.1 CLORURO [S/U/IdU]
		90.13.3 POTASSIO [S/U/IdU/(Sg)E]
		90.37.4 SODIO [S/U/IdU/(Sg)E]
		90.40.4 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
		90.44.3 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
		91.49.2

DIABETE MELLITO

Prestazioni:

* 89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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]
* 90.27.1	GLUCOSIO [S/PIU/diL]a
* 90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
* 90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.5	URATO [S/IdiU]
* 90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.94.2	ESAME CULTURALE 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
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisomnogramma (89.17)
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica
95.06	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 FLUORESCENZA 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

014.303; .304

DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL

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

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

016.571.4; .070.32; .070.33;
.070.54; .070.9

EPATITE CRONICA (ATTIVA)

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
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 TRANSPEPTIDAS (gamma GT) [SIU]
90.27.1	GLUCOSIO [S]/U/dU/La
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [SIF]
90.37.4	POTASSIO [SIU/dU/(Sg)E]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFRESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.39.4	RAME [SIU]
90.40.4	SODIO [SIU/dU/(Sg)E]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GE, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)
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 HBsAg
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
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

(continua)

016 .571.4; .070.32; .070.33;
.070.54; .070.9

EPATITE CRONICA (ATTIVA)

(continua)

Prestazioni:	
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)
50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGIOPSI/A] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGIOPSI/A EPATICA
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
90.12.5	CERULOPLASMINA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
	Limitatamente ai soggetti di età inferiore a 40 anni:
	In caso di trattamento con Interferone
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIMILI (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)
90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)

017 .345

EPILESSIA

(Escluso: Sindrome di Lennox-Gastaut)

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
\$ 90.03.4	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
\$ 90.09.3	ACIDO VALPROICO
\$ 90.09.4	BARBITURICI
\$ 90.12.3	BENZODIAZEPINE
\$ 90.20.2	CARBAMAZEPINA
\$ 90.22.1	ETOSUCCIMIDE
\$ 90.37.5	FENITOINA
\$ 90.37.5	PRIMIDONE
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
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, iperpnœa) Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)
88.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
89.14.4	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 VIDEOREGISTRAZIONE
89.17	POLISINNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali
87.03.1	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

<p>018 .277.0</p> <p>FIBROSI CISTICA</p> <p>Secondo le modalità di erogazione previste dalla Legge 23 dicembre 1993, n. 548</p> <p>* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE SUE COMPLICANZE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI</p> <p>* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa</p>

<p>019 .365.1; .365.3; .365.4; .365.5; .365.6; .365.8</p> <p>GLAUCOMA</p> <p>Prestazioni:</p> <p>89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima</p> <p>95.26 TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA</p> <p>95.05 STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica</p> <p>95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI</p> <p>95.13 ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecobiometria</p>

<p>020 .042; (cod. agg.) .079.53; .V08</p> <p>INFEZIONE DA HIV</p> <p>* LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE E PER LA PREVENZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE</p> <p>* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa</p>
--

021 .428

INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
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]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sp)Er]
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.44.3	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 [Tele radiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
	oppure
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

022 .255.4	
INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	
Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
90.15.3	CORTISOLO [S/U]
90.24.5	FOSFORO
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
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	
Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.24.5	FOSFORO
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]

(continua)

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

(continua)

Prestazioni:

90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [SIU/dU]/[Sg]E/1
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.5	URATO [SIU/dU]
90.44.1	UREA [S/F]U/dU]
90.44.3	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
89.85.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE. NAS Radiografia standard del torace [Telexradiografia, 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	ECOCOLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
45.13	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [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 HBeAg
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	VIRUS EPATITE B (HBV) DNA-POLIMERASI
91.19.3	VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI
91.20.1	VIRUS EPATITE C (HCV) IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
91.20.5	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 .518.81

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.37.4	POTASSIO [SIU/dU]/[Sg]E[]
90.40.4	SODIO [SIU/dU]/[Sg]E[]
\$ 90.41.2	TEOFILLINA
90.44.3	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 [Teloradiografia, Telecure] (2 proiezioni)
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
88.52	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

025.272.0 ; .272.2 ; .272.4

IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB; IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA; IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA; IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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 complicitanza cardiovascolare:

89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) oppure
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER 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	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA 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]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.15.4	CREATININASI (CPK o CK)
* 99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA (LDL-AFERESI SELETTIVA)

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

026 .252.0; .252.1		IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
Prestazioni:		
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.11.4	CALCIO TOTALE [S(U)DU]	
90.24.5	FOSFORO	
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) SEGMENTARIA OSSEA DEL/I DISTRETTI/II INTERESSATO/I	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	TC del cranio [sella turcica, orbita], 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)
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
	Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	

027 .243; .244		IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)
Prestazioni:		
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	Radiografia standard del torace [Telexradiografia, 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:	
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	Ecocardiografia
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	

028 .710.0

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
90.04.5	Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
90.09.2	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
90.16.4	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.25.5	CREATININA CLEARANCE
90.27.1	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDAS (gamma GT) [SIU]
90.38.4	GLUCOSIO [SIPIU/dU/La]
90.44.1	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.44.2	UREA [SIPIU/dU]
90.44.3	URINE CONTA DI ADDIS
90.48.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.60.2	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO
90.61.1	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
90.62.2	COMPLEMENTO: C1q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
90.64.2	CRIOGLOBULINE RICERCA
90.72.3	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.82.5	FATTORE REUMATOIDE
91.49.2	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
87.44.1	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
88.52	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
88.72.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.74.1	Radiografia standard del torace [Teleraografia, Telecuore] (2 proiezioni)
88.98.1	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.98.2	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
88.98.3	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
95.02	Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia oppure DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body
	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

029 .331.0

MALATTIA DI ALZHEIMER

Prestazioni:

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima Esame psicodiagnostico

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)

oppure

93.83.1 TERAPIA OCCUPAZIONALE
Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)

93.89.2 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
oppure

93.89.3 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
Riabilitazione funzioni mnestiche, 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:
87.03.1 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 psicofico eventualmente associato:

\$ 90.03.4 ACIDO VALPROICO

\$ 90.07.4 AMITRIPTILINA

\$ 90.09.3 BARBITURICI

\$ 90.09.4 BENZODIAZEPINE

\$ 90.12.3 CARBAMAZEPINA

\$ 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

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
90.05.1	ALBUMINA [SIU/dU]
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) [SIU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.44.1	UREA [SIU/dU]
90.44.3	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
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 EMAZIE (VES)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DISTRETTO INTERESSATO
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

031_401; 402; 403; 404; 405

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Prestazioni:

90.16.4	CREATININA CLEARANCE
90.37.4	POTASSIO [S/U/du]/[Sg]Er
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
91.48.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Telegiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
In presenza di danno d'organo, in aggiunta:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du]/La
90.40.4	SODIO [S/U/du]/[Sg]Er
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.5	URATO (S/U/du)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)

032 .255.0

MALATTIA O SINDROME DI CUSHING

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)
90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]
90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
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]
90.24.5	FOSFORO
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
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)
87.03.1	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

034.358.0	MIASTENIA GRAVE
	Prestazioni:
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
90.27.1	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima GLUCOSIO [SIP/II/GU/La]
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 oppure
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body
95.02	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

035.242.0; .242.3	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
	Prestazioni:
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
90.42.1	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.72.1	Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
89.52	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
95.02	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 Ecobiometria
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
	TC del cranio (sella turcica, orbite) TC dell'encefalo
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE
	Visita radioterapica pretrattamento
	PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO DI TRATTAMENTO

036 .443.1	
MORBO DI BUERGER	
Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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)
93.33.1	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)

037 .731.0	
MORBO DI PAGET	
Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.11.4	CALCIO TOTALE [SI/IdU]
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO
90.24.5	FOSFORO
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
92.18.2	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) OSSEA DEL DISTRETTO INTERESSATO
95.02	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE 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

Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Esame psicodiagnostico
\$ 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)
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE oppure Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute) oppure
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnestiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
93.03	VALUTAZIONE PROTETICA
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (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)
93.31.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)
88.91.1	Limitatamente a sospetto diagnostico specifico, clinicamente motivato ed esplicitamente documentato e ad una prestazione per anno: RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

039 .253.3

MANISMO IPOFISARIO

Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.11.4	CALCIO TOTALE [SUI/UL]
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 [setta turcica, orbita] 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

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
	Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.06.4	ALFA AMILASI [SIU]
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreaticata)
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.4	CALCIO TOTALE [SIU/dU]
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [SIU]
90.27.1	GLUCOSIO [SIPIU/dU/La]
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

ALLEGATO 1 - I parte

.295.0; .295.1; .295.2; .295.3; .295.5; .295.6;
 .295.7; .295.8; .296.0; .296.1; .296.2; .296.3;
 044 .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

PSICOSI

Prestazioni:

94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	
	Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	
\$ 90.03.4	ACIDO VALPROICO	
\$ 90.07.4	AMITRIPTILINA	
\$ 90.09.3	BARBITURICI	
\$ 90.09.4	BENZODIAZEPINE	
\$ 90.12.3	CARBAMAZEPINA	
\$ 90.17.4	DESIPRAMINA	
\$ 90.28.3	IMIPRAMINA	
\$ 90.32.2	LITIO [P]	
\$ 90.34.3	NORTRIPTILINA	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	
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)	
	oppure	
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE	
	Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	

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
controllo funzionalità tiroidea	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
	90.42.3	TIOXINA LIBERA (FT4)
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)

\$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati

045.696.0; 696.1	<p>PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)</p> <p>Prestazioni:</p> <p>89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima</p> <p>90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.</p> <p>90.82.5 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)</p> <p>91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO</p> <p>98.82 TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia, Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute</p> <p>Nella forma artropatica (696.0) anche: 90.43.5 URATO [S(U)4U] RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DEL DISTRETTO INTERESSATO</p>
------------------	--

046.340	<p>SCLEROSI MULTIPLA</p> <p>LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI</p>
---------	---

047.710.1

SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE. DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.16.3	CREATININA [S]/u/L[a]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: dosaggio proteine totali
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.46.5	ANTICOAGULANTE 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 EMAZIE (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	EMOGASALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell' esofago
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)
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
93.39.1	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA Per seduta di 10 minuti (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

049

SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE 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 .V42.0; V42.1; V42.6;
.V42.7; .V42.8; .V42.9

SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, 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

053 .V42.5

* SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA

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 .720.0

SPONDILITE ANCHILOSANTE

Prestazioni:	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
88.52	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 inruenta 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)
93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA Per seduta di gruppo di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)
93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA 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)

ALLEGATO 1 - I parte

055 .010; .011; .012; .013;
 .014; .015; .016; .017;

TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)

Prestazioni:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
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]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.82.2	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, Kinyun)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO
	RADIOGRAFIA CONVENZIONALE (RX) DELL'ORGANO O DISTRETTO INTERESSATO

056 .245.2

TIROIDITE DI HASHIMOTO

Prestazioni:

- 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
- 90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]
- 90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
- 90.42.1 TIREOTROPINA (TSH)
- 90.42.3 TIROXINA LIBERA (FT4)
- 90.43.3 TRIIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
- 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi

Allegato 5

Le note AIFA sui farmaci rimborsabili

<p>Gastroprotettori:</p> <ul style="list-style-type: none">- misoprostolo- esomeprazolo- lansoprazolo- omeprazolo- pantoprazolo- rabeprazolo	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti:</i></p> <p>per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore</p> <ul style="list-style-type: none">▪ in trattamento cronico con FANS non selettivi (non con COXIB);▪ in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi <p>purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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. <p>Gli inibitori di pompa, fatte salve le indicazioni della nota 48, ed il misoprostolo non sono rimborsati quando prescritti in associazione con i COXIB.</p>
---	--

Motivazioni e criteri applicativi

È noto come il trattamento cronico con i FANS possa determinare un aumentato rischio di ulcera peptica e delle sue complicanze gravi (emorragia, perforazione, ostruzione). Il rischio di ospedalizzazione per una complicanza grave è stimato fra l'1 e il 2% per anno, e aumenta fino a 4-5 volte nelle categorie a rischio sopra specificate; il rischio è particolarmente elevato se i FANS sono associati ad anticoagulanti (1).

Data la rilevanza clinica della tossicità gastroduodenale indotta dai FANS, numerosi sono stati gli studi che hanno valutato l'efficacia di una "gastroprotezione" utilizzando gli analoghi delle prostaglandine (misoprostolo) e gli anti secretivi (inibitori di pompa e H2 –antagonisti).

Misoprostolo

L'efficacia del misoprostolo nel ridurre l'incidenza delle complicanze gravi (emorragie, perforazioni e ostruzione pilorica) della gastropatia da FANS è stata dimostrata in uno studio (MUCOSA *trial*) di grandi dimensioni (8.853 pazienti) che ha documentato una riduzione del 40% di dette complicanze rispetto al placebo (2). Una metanalisi di 24 studi che ha valutato l'efficacia del misoprostolo non in base alla riduzione delle complicanze ma solo in base alla riduzione dell'incidenza di ulcere gastriche o duodenali diagnosticate endoscopicamente ha confermato detta efficacia (NNT = 8) per prevenire un'ulcera gastrica e (NNT = 30) per prevenire un'ulcera duodenale.

Il misoprostolo somministrato alla dose di 800 µg ha però una tollerabilità scarsa (dispepsia, dolore addominale, diarrea) e nel *trial* MUCOSA (2) i pazienti che sospendevano il trattamento per disturbi gastrointestinali erano più numerosi fra quelli trattati con misoprostolo più FANS (27,4%) che fra quelli trattati con FANS più placebo (20,1% p<0,001).

Inibitori della pompa protonica

Numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti trattati con FANS, dosi standard di inibitori della pompa protonica riducono significativamente l'incidenza di ulcere gastriche e duodenali diagnosticate all'endoscopia rispetto al placebo (3-6). Due di essi meritano particolare attenzione. Nel primo l'omeprazolo è stato confrontato con ranitidina (7) e, nel secondo, con misoprostolo (8) in due *trial* con uguale disegno sperimentale. In tutti e due gli studi (ASTRONAUT e OMNIUM *trials*) venivano studiati soggetti che a seguito della terapia con FANS presentavano una ulcera peptica o almeno 10 erosioni gastriche o duodenali. Ognuno dei due *trial* esaminava due fasi: a) la guarigione delle lesioni da FANS già presenti; e b) la prevenzione della ricomparsa delle lesioni durante ritrattamento con i FANS. In entrambe le fasi la terapia con l'omeprazolo si è dimostrata più efficace del farmaco di confronto (rispettivamente, ranitidina e misoprostolo) sia nel guarire le ulcere sia nel prevenire le recidive.

Detti risultati vanno però valutati con prudenza in quanto entrambi gli studi presentano limiti metodologici rilevanti quali: 1) la dimostrazione di maggiore efficacia è basata su parametri surrogati, infatti gli studi hanno utilizzato come "end-point" terapeutico la riduzione del numero di ulcere endoscopiche e dei sintomi dispeptici e non delle complicanze gravi che sono il parametro clinico più rilevante cui mira la profilassi farmacologica: non è cioè la stessa cosa prevenire un'ulcera visibile alla endoscopia routinaria in uno studio clinico e prevenire una complicanza grave (emorragia, perforazione, ostruzione); 2) le dosi utilizzate con i farmaci di riferimento (400 µg/d per il misoprostolo e 300 mg/d per la ranitidina) sono probabilmente inadeguate; infine, 3) è mancata soprattutto una attenta considerazione alla presenza o meno nei pazienti trattati di una

avendo un effetto sinergico nell'aggravare il rischio di ulcera peptica e sanguinamento quando entrambi i fattori di rischio sono presenti nello stesso paziente (9).

La superiore efficacia dell'inibitore di pompa rispetto a misoprostolo e a dosi usuali di H2 bloccanti nel prevenire le ulcere da FANS potrebbe cioè essere in parte solo apparente e dovuta a una diversa distribuzione dei pazienti con infezione nella popolazione studiata (10-12).

L'importanza dell'infezione da *H. pylori* nella strategia di prevenzione del sanguinamento gastrico causato dai FANS tradizionali e dall'ASA a basso dosaggio è dimostrato da uno studio recente che ha rilevato come nei pazienti con infezione da *H. pylori* e una storia di sanguinamento gastrico, l'eradicazione dell'infezione da *Helicobacter pylori* risulti equivalente all'omeprazolo nel prevenire una recidiva del sanguinamento gastrico nei pazienti che assumono ASA a basse dosi (probabilità di recidiva del sanguinamento a sei mesi 1,9% con eradicazione e 0,9% con omeprazolo). Mentre nei pazienti che assumono naprossene al posto dell'ASA a basse dosi l'inibitore di pompa risulta più efficace della semplice eradicazione (probabilità di recidiva del sanguinamento a 6 mesi 18,8% con l'eradicazione e 4,4% con omeprazolo) (13).

Nei pazienti con storia di sanguinamento gastrico e che devono continuare una profilassi secondaria con ASA a basse dosi l'eradicazione dell'infezione probabilmente si pone perciò come la strategia profilattica più conveniente della somministrazione di un inibitore di pompa. Non è chiaro se l'eradicazione vada comunque eseguita in tutti i pazienti infetti che fanno uso cronico di FANS tradizionali.

Una metanalisi recente ha dimostrato che il rischio emorragico da ASA impiegato come antiaggregante è assai basso (una emorragia ogni 117 pazienti trattati con 50-162 mg/die di ASA per una durata media di 28 mesi) (14). Pertanto, una gastroprotezione farmacologica generalizzata non è giustificata. I *trial* considerati nella metanalisi escludevano però i pazienti ad alto rischio emorragico. In mancanza di dati relativi a questi pazienti, se si estrapola ad essi l'aumento di emorragie o ulcere da FANS nei soggetti a rischio (4-5 volte quello di base), la gastroprotezione nei soggetti a rischio emorragico trattati "long-term" con ASA potrebbe essere giustificata specie in presenza dei fattori di rischio più rilevanti (emorragia pregressa e pazienti in trattamento con anticoagulanti e cortisonici). Nei pazienti con infezione da *Helicobacter pylori* risulta indicata l'eradicazione (13). Non è invece appropriato l'uso di preparazioni "gastroprotette" o tamponate di ASA, che hanno un rischio emorragico non differente da quello dell'ASA standard (15).

Gli H2-inibitori non sono stati inclusi tra i farmaci indicati per la prevenzione e il trattamento del danno gastrointestinale da FANS perché in dosi standard non riducono significativamente l'incidenza delle ulcere gastriche (3), che sono le più frequenti fra quelle da FANS (16) anche se hanno efficacia pressoché uguale a quella del misoprostolo sulle ulcere duodenali. Una revisione non sistematica del danno gastrointestinale da FANS non raccomanda gli H2 - inibitori per la prevenzione dei danni gastrointestinali da FANS; li ammette per la terapia delle ulcere previa sospensione dei FANS, ma non se si seguitano i FANS (17). I dati clinici citati non possono essere applicati ai COXIB.

Va segnalato come in uno studio in pazienti con storia di sanguinamento gastrico recente, il trattamento per sei mesi con omeprazolo più diclofenac si sia dimostrato egualmente efficace rispetto al celecoxib nel prevenire la ricorrenza del sanguinamento gastrico (18).

Al momento non vi sono ulteriori dati sulla letteratura scientifica internazionale che documentino un'efficacia nella gastroprotezione con misoprostolo e/o inibitori della pompa protonica nei confronti del danno gastrointestinale da COXIB.

NOTA 2

Acidi biliari: - chenourso- desossicolico - taurourso- desossicolico - urso-desossicolico	<p><i>La prescrizione nelle epatopatie croniche colestatiche a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- cirrosi biliare primitiva;- colangite sclerosante primitiva;- colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare;- calcolosi colesterinica. <p>La prescrizione di acidi biliari non è rimborsata dal SSN per il trattamento della semplice dispepsia. 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.</p>
--	--

Motivazioni e criteri applicativi

Le prime tre indicazioni si riferiscono a epatopatie croniche nelle quali modificazioni quali-quantitative della funzione biligenetica hanno un ruolo patogenetico molto importante, determinando alterazioni anatomiche e funzionali del fegato (epatopatie colestatiche). L'impiego degli acidi urso- e taurourso-desossicolico nelle epatopatie croniche colestatiche è limitato a quelle per le quali si trovano in letteratura evidenze di efficacia terapeutica in termini di miglioramenti anatomici, clinici e di sopravvivenza significativi o, nel caso di malattie prive di altre terapie utili, anche marginali. Tali evidenze, non univoche (1) ma nettamente prevalenti (2-5) per la cirrosi biliare primitiva (l'acido ursodesossicolico è stato recentemente approvato per la terapia di questa malattia dalla *Food and Drug Administration*), sono meno chiare ma non inesistenti per le altre epatopatie colestatiche in nota (5-7). Le sperimentazioni controllate e randomizzate hanno invece dimostrato che l'acido

ursodesossicolico non è efficace nelle epatiti croniche virali, nelle quali non favorisce l'eliminazione dell'RNA del virus C e non migliora le lesioni istologiche (5,8-10).

La calcolosi colesterinica potenzialmente trattabile con acidi biliari è caratterizzata da calcoli singoli o multipli (diametro uguale o inferiore a 1 cm), radiotrasparenti, con colecisti funzionante, pazienti non obesi con sintomatologia modesta (coliche non molto frequenti o severe). Altra indicazione è la presenza in colecisti di frammenti di calcoli post-litotripsia.

Nella colelitiasi, la terapia con sali biliari ottiene la dissoluzione dei calcoli solo in una parte dei pazienti, variabile in relazione a fattori diversi (dimensioni dei calcoli, funzionalità della colecisti, ecc.); è seguita frequentemente dalla formazione di nuovi calcoli (50-60% a 5 anni) (11); non trova indicazione nei pazienti con coliche ravvicinate o severe, per i quali è necessaria la colecistectomia. Bisogna anche considerare che l'alternativa chirurgica, laparoscopica o con minilaparotomia, è risolutiva e a basso rischio. Si ritiene opportuno limitare l'uso dei sali biliari ai pazienti con caratteristiche definite "ottimali" per la dissoluzione dei calcoli, che raggiunge in questi casi percentuali fra il 48% e il 60% (12). Le caratteristiche sopra ricordate sono presenti in circa il 15% dei pazienti (11).

NOTA 3

<p>Tramadolo (Cloridrato)</p>	<p><i>La prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale è limitata ai pazienti affetti da dolore lieve e moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa e sulla base di eventuali disposizioni delle regioni e delle Provincie autonome</i></p>
-----------------------------------	--

NOTA 5

<p>Enzimi pancreatici: - pancrelipasi</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è consentita nei pazienti in una delle seguenti condizioni comportanti maldigestione e malassorbimento di grassi e proteine:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - insufficienza pancreatica esocrina conseguente a pancreatite cronica; - pancreasectomia; - neoplasie del pancreas; - fibrosi cistica. <p>La prescrizione di enzimi pancreatici non è rimborsata dal SSN per il trattamento della semplice dispepsia.</p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

La supplementazione orale con enzimi pancreatici si rende necessaria per compensare la ridotta o assente secrezione causata da varie malattie del pancreas con maldigestione e malassorbimento di grassi e proteine.

L'acidità gastrica ed il calore possono inattivare le preparazioni contenenti enzimi pancreatici, che dovrebbero essere assunti durante i pasti e con bevande non calde. Attualmente le preparazioni disponibili sono "gastroprotette" per cui non serve associare alla supplementazione di enzimi pancreatici anche inibitori della secrezione acida gastrica o antiacidi.

La posologia è regolata sulla base del numero di scariche alvine, la consistenza e la quantità delle feci riferite dal paziente che assume la terapia sostitutiva con gli enzimi pancreatici.

Gli enzimi pancreatici possono provocare irritazione perianale, se assunti in dosaggio eccessivo e periorale e se trattenuti in cavità orale. Possono anche causare nausea, vomito, gonfiore addominale e, raramente, iperuricemia ed iperuricosuria.

Sito web dell'Ordine: www.omceoss.it

e-mail dell'Ordine: ordine@omceoss.it

NOTA 8

levocarnitina	<i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle seguenti condizioni:</i>
	<ul style="list-style-type: none">- carenza primaria di carnitina;- carenza di carnitina secondaria a trattamento dialitico.
La prescrizione di levocarnitina non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.	

Motivazioni e criteri applicativi

La carnitina è un costituente essenziale dell'organismo e svolge un ruolo di rilievo nel metabolismo energetico a livello mitocondriale; il SSN garantisce pertanto la gratuità dell'erogazione per coloro che hanno carenza primaria di carnitina, evidenziata mediante dosaggio della carnitina nel plasma o in biopsie muscolari. I valori normali di carnitina nel plasma sono di circa 25 µmol/L nell'infanzia e di 54 µmol/L nell'età adulta (1); nella pratica clinica viene posta diagnosi di carenza primaria per livelli ematici inferiori a 2 µmol/L o per concentrazioni tissutali minori del 10-20% rispetto ai valori normali (2,3).

Una carenza secondaria può verificarsi durante trattamento dialitico. Sono state pubblicate 3 ricerche (4-6) (anche se condotte su un numero limitato di pazienti), in cui è stata dimostrata la possibilità di ridurre la posologia dell'eritropoietina in circa il 50% dei casi trattati con 1 grammo di levocarnitina per via endovenosa a fine dialisi. La levocarnitina può pertanto essere usata in regime ospedaliero anche domiciliare, quando sia stato ottimizzato l'apporto di ferro, per ridurre la posologia dell'eritropoietina e per migliorare l'insufficiente risposta alla terapia con eritropoietina che si verifica in alcuni pazienti. Il trattamento con levocarnitina dovrebbe essere sospeso se, dopo 4 mesi di terapia, non sia stato possibile dimostrare una riduzione della posologia dell'eritropoietina.

NOTA 9

Antiaggreganti: ticlopidina	<i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i>
	<ul style="list-style-type: none">- in associazione all'ASA a basse dosi, in pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica con impianto di <i>stent</i>, per il mese successivo all'intervento;- in alternativa all'ASA, in pazienti che non possano assumere ASA per pregresse manifestazioni di ipersensibilità, recidiva di eventi ischemici cerebrali durante terapia con ASA o ulcera gastroduodenale;- nel trattamento della trombosi della vena centrale della retina. <p>Nei casi che non rispondono alle condizioni sopra citate la terapia di scelta è quella con ASA a basse dosi.</p>

Motivazioni e criteri applicativi

È stato dimostrato che l'associazione tra ticlopidina e ASA è più efficace della sola aspirina o della terapia anticoagulante orale nel prevenire la ristenosì delle angioplastiche coronariche a cui è stato applicato uno *stent* (1,2).

La ticlopidina esercita un'azione antiaggregante (con meccanismo differente da quello dell'ASA) che si manifesta nella riduzione di eventi ischemici in gruppi di pazienti affetti da patologia vascolare in vari distretti arteriosi. Dal momento che la documentazione scientifica a favore dell'ASA continua ad essere preponderante (3, 4) rispetto a quella della ticlopidina e che, alla luce delle indicazioni proposte nelle principali linee-guida internazionali (5, 8), il rapporto costo-beneficio è decisamente a favore dell'ASA, è preferibile prescrivere l'ASA a basse dosi a tutti i pazienti per i quali è indicato un trattamento antiaggregante, riservando la ticlopidina per coloro che non possono assumere l'ASA per vari motivi.

Prima che la ticlopidina fosse disponibile, la trombosi subacuta di *stent*, spesso provocando eventi cardiaci maggiori, era riportata in 3,5-8,6% dei pazienti. In pazienti ad alto rischio con impianto di *stent* Palmaz-Schatz, il trattamento con ticlopidina+aspirina ha ridotto gli *end-point* cardiaci primari (*end-point* composto di morte cardiaca, infarto miocardico, bypass coronario e angioplastica ripetuta) dal 6,2% (terapia anticoagulante standard) all'1,6% (9). L'occlusione degli *stent* si verifica nel 5,4% nel gruppo ricevente terapia anticoagulante e nello 0,8% del gruppo ricevente terapia antiaggregante.

Gli effetti favorevoli della ticlopidina erano confermati dallo studio STARS (Stent Antithrombotic Regimen Study), che ha confrontato l'effetto dell'aspirina (325 mg al dì), la combinazione di aspirina (325 mg al dì) più ticlopidina (500 mg al dì per un mese), e di aspirina (325 mg al dì) più warfarin sugli eventi ischemici precoci. Solo lo 0,5% dei pazienti assegnati alla terapia aspirina+ticlopidina raggiungeva l'*end-point* composto primario a 30 giorni di morte, trombosi angiografica,

rivascolarizzazione della lesione trattata, o infarto miocardio rispetto a 3,6% dei pazienti assegnati alla sola aspirina e il 2,7% dei pazienti assegnati a aspirina+warfarin. I risultati dello studio suggeriscono che il pretrattamento di 24 ore con ticlopidina permette una più efficace inibizione dell'attivazione piastrinica rispetto alla più breve durata di trattamento (10). Una grave leucopenia, spesso reversibile all'interruzione del trattamento, è la complicanza principale (circa dell'1% dei pazienti) del trattamento con ticlopidina (11). Si può verificare anche la porpora trombotica trombocitopenica (11). Il rischio di alterazioni ematologiche anche gravi, leucopenia e/o piastrinopenia rende indispensabile nei pazienti trattati con ticlopidina un monitoraggio periodico dell'emocromo citometrico.

NOTA 9 BIS

Antiaggreganti: Clopidogrel	<p><i>La prescrizione a carico del SSN su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile fino a 12 mesi, dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano è limitata ai pazienti con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sindromi coronariche acute senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto del miocardio senza onda Q) in associazione con ASA a basse dosi. <p>La prescrizione di clopidogrel non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--------------------------------	---

Motivazioni e criteri applicativi.

Clopidogrel è un antiaggregante piastrinico della classe delle tienopiridine (come la ticlopidina).

Il meccanismo d'azione, diverso da quello dell'acido acetilsalicilico, si esplica in quanto il suo metabolita attivo si lega irreversibilmente al recettore per ADP presente sulla superficie piastrinica inibendo il rilascio dei composti contenuti nei granuli densi piastrinici (Ca⁺⁺, 5Ht e nuovo ADP) e di quelli contenuti nei granuli α (fibrinogeno e trombospondina).

L'effetto antiaggregante di clopidogrel dipende dalla concentrazione ematica: una significativa inibizione della aggregazione piastrinica si ottiene dopo un carico di 300 mg seguito da un dosaggio di mantenimento di 75 mg /die (1, 2). Dosi più elevate non determinano maggiore attività.

Lo studio CURE (Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events) (3, 4) ha valutato l'efficacia e la sicurezza di clopidogrel associato all'aspirina in pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST, che presentano un'elevata incidenza di eventi vascolari gravi. Un totale di 12.562 pazienti con comparsa di sintomi entro 24 ore, sono stati randomizzati a ricevere clopidogrel (dosaggio di carico: 300 mg, seguiti da dosaggio di mantenimento: 75 mg/die: n = 6.259) o placebo (n = 6.303), oltre all'aspirina per 3-12 mesi. L'*end-point* primario (morte per cause cardiovascolari, infarto del miocardio non fatale, ictus) è stato raggiunto nel 9,3% dei pazienti del gruppo clopidogrel e nell'11,4% nel gruppo placebo. L'*end-point* secondario (ischemia refrattaria) si è presentato nel 16,5% dei pazienti nel gruppo clopidogrel e nel 18,8% dei pazienti del gruppo placebo. L'incidenza in ospedale di grave ischemia, ischemia refrattaria, insufficienza cardiaca, rivascolarizzazione è risultata più bassa nel gruppo clopidogrel. Nel gruppo trattato con clopidogrel l'incidenza di sanguinamenti maggiori è stata del 3,7% contro il 2,7% del gruppo placebo. Il sanguinamento grave, con pericolo per la vita, si è avuto nel 2,2% versus 1,8%, l'ictus emorragico nello 0,1%, versus 0,1%, rispettivamente. L'antiaggregante piastrinico clopidogrel si è mostrato efficace nei pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento ST con accettabile profilo di sicurezza.

I risultati indicano che con l'aggiunta di clopidogrel alla terapia standard, dopo 9-12 mesi di trattamento, si ottiene una diminuzione di mortalità cardiovascolare, infarto e ictus pari a un quinto. Anche gli episodi di ischemia ricorrente e quelli di scompenso cardiaco, successivi alla sindrome coronarica acuta, sono risultati ridotti in modo significativo. Si tratta di vantaggi essenziali per migliorare in modo decisivo la terapia delle sindromi coronariche acute che ogni anno, in Italia, costringono al ricovero 80 mila persone. I risultati del CURE sono applicabili a tutti i pazienti, uomini e donne di qualsiasi età, qualunque sia la terapia che stanno seguendo in quel momento (4-5).

Il farmaco può indurre rari casi di trombocitopenia (0,2%) e/o leucopenia (0,1%), talora grave (0,04%), ma l'effetto collaterale più temibile è rappresentato da episodi di sanguinamento talora anche gravi e richiedenti trattamenti salvavita o trasfusionali.

Particolare attenzione va riservata al trattamento di pazienti ad alto rischio emorragico (pregressa ulcera peptica, varici esofagee).

NOTA 10

acido folico cianocobalamina idrossicobalamina	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti con:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- anemie megaloblastiche dovute a carenza di vitamina B12 e/o di folati. <p>La prescrizione di acido folico e vitamina B12 non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--	---

NOTA 11

acido folinico e suoi analoghi	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- recupero (rescue) dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolic;- chemioterapia antinfettiva di associazione con pirimetamina. <p>La prescrizione di acido folinico e dei suoi analoghi non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--------------------------------------	--

Motivazioni e criteri applicativi

L'erogazione di acido folinico a totale carico del SSN è consentita nelle seguenti formulazioni ed indicazioni:

a) nelle forme orali ed in quelle iniettabili per uso ospedaliero, per contrastare la tossicità a livello del midollo emopoietico, della mucosa gastrointestinale e della cute dopo somministrazione a scopo antitumorale del metotrexato, antagonista della diidrofolato riduttasi;

b) nelle forme iniettabili per uso ospedaliero, in associazione a 5FU, per modularne l'efficacia terapeutica.

L'utilizzo del farmaco per altre indicazioni non ha motivazioni ai fini dell'ammissione alla rimborsabilità.

NOTA 12

Eritropoietina e nuove preparazioni: - darbepoetina α - epoetina α - epoetina β	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Università o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL) associata ad insufficienza renale cronica in bambini e in adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo; quando Hb > 12 g/dL il trattamento deve essere interrotto;- trattamento dell'anemia (Hb < 10 g/dL ma non < 8 g/dL) nei pazienti oncologici che ricevono chemioterapia antitumorale; in caso di Hb < 8 g/dL è indicata l'emotrasfusione;- trattamento dell'anemia (Hb < 10 g/dL o riduzione dell'emoglobina \geq 2 g/dL durante un qualsiasi periodo di 4 settimane di trattamento) nei pazienti trapiantati di fegato o con diagnosi clinica o istologica di cirrosi, che ricevono ribavirina in combinazione con interferone standard o peghilato e che presentano risposta virologica alla terapia;- in pazienti HIV pluritrattati con anemia (Hb < 8,5 g/dL) nei quali l'uso di farmaci anemizzanti è l'unica alternativa terapeutica. <p>La prescrizione di epoetina α e β e darbepoetina α non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
---	--

Motivazioni e criteri applicativi

L'impiego dell'eritropoietina per l'emodonzione ai fini dell'autotrasfusione è limitato all'ambiente ospedaliero.

La ribavirina, impiegata nel trattamento dell'epatite cronica da HCV induce universalmente anemia emolitica seppure con gravità eterogenea. Il 9% dei soggetti inclusi in trial clinici sulla terapia dell'epatite cronica da HCV che assumevano ribavirina

ha richiesto riduzione della dose o interruzione del farmaco (1, 2). Una riduzione della dose di ribavirina è risultata negli stessi studi correlata ad una marcata diminuzione delle probabilità di risposta sostenuta (1, 2). Uno studio ha dimostrato che la somministrazione di eritropoietina è in grado di mantenere elevati livelli di emoglobina e dosi elevate di ribavirina in pazienti con anemia (3, 4). L'effetto dell'aderenza alla terapia sulle percentuali di risposta sostenuta e l'efficacia dei trattamenti anti epatite, anche in pazienti con malattia epatica avanzata (1, 2) in cui una risposta al trattamento è estremamente e rapidamente produttiva in termini di anni di vita salvati, sono stati ampiamente dimostrati. Si ritiene pertanto utile, in accordo con le linee guida internazionali (5), di consentirne l'uso come terapia aggiuntiva alla terapia con ribavirina, ma solo in gruppi di pazienti selezionati con risposta virologica alla terapia.

La risposta virologica è definita come negativizzazione della viremia HCV con PCR qualitativa o decremento rispetto al basale di almeno 1 logaritmo dopo meno di un mese di terapia o di due logaritmi dopo meno di tre mesi di terapia. La posologia e la frequenza della somministrazione andrà adattata sulla risposta del singolo paziente in maniera tale da mantenere livelli di emoglobina stabili (con decrementi inferiori ai 2 g/dL in 4 settimane e > 10 g/dL) durante il trattamento.

L'anemia indotta dai farmaci antiretrovirali può limitarne l'impiego laddove le opzioni terapeutiche siano già ridotte. In tale contesto è stata ampiamente dimostrata l'utilità dell'eritropoietina in termini di miglioramento della qualità di vita e dell'anemia. La posologia e la frequenza della somministrazione andrà adattata sulla risposta del singolo paziente in maniera tale da mantenere livelli di emoglobina stabili (> 8,5 g/dL) durante il trattamento (6,7).

NOTA 13

<p>Ipolipemizzanti:</p> <p>Fibrati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezafibrato • Fenofibrato • Gemfibrozil <p>Statine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina • Fluvastatina • Pravastatina • Rosuvastatina • Simvastatina <p>Altri ipolipemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti</p> <ul style="list-style-type: none"> • omega – 3 –etil – esteri 	<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dislipidemie familiari: <ul style="list-style-type: none"> bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil, simfibrato; atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina; omega – 3 – triciceridi - Ipercolesterolemia non corretta nella sola dieta: <ul style="list-style-type: none"> • in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore (rischio a 10 anni >20% in base alle Carte di Rischio del Progetto Cuore dell’Istituto Superiore di Sanità) (prevenzione primaria); • in soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete (prevenzione secondaria) <ul style="list-style-type: none"> atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina; - in soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria); <ul style="list-style-type: none"> omega – 3 –etil – esteri <p>Limitatamente all’utilizzazione degli alti dosaggi di atorvastatina (40 mg) e di rosuvastatina (40mg), la prescrizione e la rimborsabilità sono consentite solo su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, allo scopo di una più adeguata Valutazione della tollerabilità e del profilo di beneficio – rischio.</p> <p>L’uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale. Lo stesso, comunque, va inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc).</p> <p>La strategia terapeutica (incluso l’impiego delle statine) va definita in base alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e non di ogni singolo fattore di rischio, facendo riferimento alle Carte di Rischio nCardiovascolare elaborate dall’Istituto Superiore di Sanità all’interno del Progetto Cuore (www.cuore.iss.it). Le Carte di Rischio dell’ISS saranno sottoposte a continua verifica ed aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RIACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare –Epidemiologia) promosso dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in collaborazione con il Ministero della Salute e le Rwgioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l’applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e Secondaria.</p> <p>Il Riferimento all’età di 69 anni nelle carte del rischio, si deve intendere 69 anni e oltre; per i nuovi trattamenti nei soggetti con più di 69 anni il medico valuta e definisce le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell’impiego delle statine.</p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

Dislipidemie familiari

Le dislipidemie familiari sono malattie su base genetica a carattere autosomico (recessivo, dominante o co-dominante a seconda della malattia) caratterizzate da elevati livelli di alcune frazioni lipidiche del sangue e da una grave e precoce insorgenza di malattia coronaria. Le dislipidemie sono state finora distinte secondo la classificazione di Frederickson, basata sull'individuazione delle frazioni lipoproteiche aumentate. Più recentemente è stata proposta una classificazione basata sull'eziologia molecolare e sulla patofisiologia delle alterazioni lipoproteiche (chilomicronemia, disbetalipoproteinemia, iperlipemia combinata, ipertrigliceridemia, carenza della lipasi epatica, ipercolesterolemia, difetto di ApoB100). La rarità di alcune di queste forme, la complessità della classificazione e dell'inquadramento genetico e l'elevato rischio di eventi cardiovascolari precoci suggeriscono di fare riferimento a centri specializzati cui indirizzare i pazienti ai quali viene formulata un'ipotesi diagnostica di dislipidemia familiare. Per i pazienti con diagnosi accertata di dislipidemia familiare tutti i farmaci ipolipemizzanti sono in fascia A.

Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore [rischio di infarto a 10 anni $\geq 20\%$ in base alle carte di rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità].

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica. Sono noti diversi fattori che aumentano nella persona il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi. I più importanti sono: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa, età e sesso e, inoltre, la scarsa attività fisica, l'obesità e la familiarità alla malattia.

L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Vengono considerati a rischio elevato i soggetti che, in base alla combinazione dei 6 principali fattori (età, sesso, diabete, fumo, valori di pressione arteriosa e di colesterolemia), abbiano un rischio maggiore del 20% di sviluppare un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni. Tale rischio può essere stimato utilizzando la carta del rischio cardiovascolare elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità (Progetto Cuore, www.cuore.iss.it). Starà al giudizio del medico modulare verso il basso la stima del rischio nei pazienti ipercolesterolemici nei quali è già in atto un controllo farmacologico o non farmacologico di altri fattori di rischio (obesità, ipertensione, diabete). In tali casi, il medico potrà decidere quale o quali trattamenti farmacologici privilegiare, anche in base ai livelli dei diversi fattori considerati, non essendo proponibile assumere medicine per ognuno di essi.

Solo per due molecole (pravastatina e simvastatina) è stato dimostrato che la riduzione dell'ipercolesterolemia è associata alla riduzione dell'incidenza di eventi coronarici. Per le restanti molecole si dispone solo dell'end-point surrogato della riduzione del colesterolo.

NOTA 15

Albumina umana	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, s u diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- dopo paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica;- grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (ad es. intestino corto post-chirurgico o da proteino-disperzione), non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia. <p>L'albumina non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
----------------	--

Motivazioni e criteri applicativi

Il trattamento con albumina ha indicazioni non frequenti ed è spesso soggetto ad uso incongruo, sia in ospedale sia nella pratica extraospedaliera. Secondo linee guida non recenti elaborate da una *Consensus Conference* (1), l'albumina può trovare indicazione in pazienti in condizioni critiche con ipovolemia, ustioni estese o ipoalbuminemia. Più recentemente sono state pubblicate 3 meta-analisi relative all'impiego terapeutico dell'albumina: tutte e tre contrastano con questa indicazione.

La prima e la seconda (quest'ultima è un aggiornamento della prima) (2, 3), rispettivamente di 23 e 30 *trial*, hanno esaminato gli effetti dell'albumina in pazienti in condizioni critiche e con ipovolemia, ustioni o ipoalbuminemia. Queste due meta-analisi mostrano una mortalità più alta nei pazienti trattati con albumina che in quelli trattati con soluzioni di cristalloidi sia nei pazienti con ipovolemia, che in quelli con ustioni o con ipoalbuminemia. I risultati della prima di queste due meta-analisi furono esaminati da un gruppo di esperti, riunito dal *Committee on Safety of Medicines* inglese, il quale concluse che "non c'è sufficiente evidenza per togliere l'albumina dal mercato", raccomandando tuttavia prudenza e, in particolare, la sorveglianza per eventuale sovraccarico circolatorio nell'eventuale uso dell'albumina in queste condizioni (4).

La terza meta-analisi (5) ha esaminato separatamente i *trial* sull'uso di albumina in differenti condizioni. Anche in essa, i dati mostrano una tendenza netta, anche se non significativa, all'aumento di mortalità dopo trattamento con albumina nei pazienti chirurgici o traumatizzati (rischio relativo 1,12, intervallo di confidenza 95%: 0,85÷1,46), negli ustionati (rischio relativo 1,76, intervallo di confidenza 95%: 0,97÷3,17), e nei pazienti con ipoalbuminemia (rischio relativo 1,59, intervallo di confidenza 95%: 0,91÷2,78). Risultati sovrapponibili di effetti sfavorevoli dell'albumina si ritrovano in altre due revisioni sistematiche, che esaminavano i *trial* sull'uso di albumina o di altri colloidi (6, 7).

Di maggior interesse per la pratica extraospedaliera è l'eventuale impiego di albumina nella cirrosi e nelle sindromi nefrosiche. Nella cirrosi è generalmente ammesso, con qualche riserva, un effetto favorevole dell'albumina dopo paracentesi evacuativa (8, 9); più recentemente è stato riportato un effetto favorevole significativo di quantità molto alte di albumina sulla mortalità della peritonite batterica spontanea (SBP, dall'inglese *Spontaneous Bacterial Peritonitis*) (10). In entrambi i casi l'effetto sembra mediato attraverso la protezione della funzione renale. Uno schema di trattamento multifasico non usuale, studiato in un *trial*, ha mostrato un debole effetto favorevole di brevi cicli di albumina nei pazienti con grave ritenzione idrosalina non responsiva al trattamento diuretico (11); nello stesso *trial*, però, trattamenti prolungati non miglioravano la sopravvivenza né riducevano significativamente le complicanze. Nella meta-analisi di Wilkes e Navickis (5) sono inclusi quattro *trial* sull'uso di albumina nella cirrosi, esaminati separatamente da quelli condotti in altra patologia. Fra i quattro *trial* sono compresi i due sopracitati (10, 11). I risultati non sono significativi (rischio relativo 0,93, intervallo di confidenza 95%: 0,67÷1,28), e la minima tendenza favorevole si azzerava se si prescindeva dal *trial* sull'uso dell'albumina nella SBP.

Una ulteriore linea di evidenza emerge dall'esame di revisioni non sistematiche e di trattati recenti, che non citano l'impiego dell'albumina come complemento alla terapia diuretica nella cirrosi ascitica (9, 12-14); fra queste revisioni, l'aggiornamento al maggio 2000 delle linee guida dello *University Hospital Consortium* limiterebbe l'uso dell'albumina alle paracentesi evacuative e conclude che "l'uso dell'albumina senza paracentesi dovrebbe essere evitato" (14).

Occasionalmente, l'uso dell'albumina può apparire logico nella sindrome nefrosica o nelle condizioni di malassorbimento o proteino-disperzione intestinale, in cui l'edema massivo è associato a ipovolemia clinicamente manifesta (ipotensione, tachicardia, oliguria).

NOTA 28

medrossi- progesterone megestrol	<p><i>La prescrizione per la terapia antitumorale e dell'AIDS a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio;- sindrome anoressia/cachessia da neoplasie maligne e da AIDS in fase avanzata.
--	---

Motivazioni e criteri applicativi

I progestinici megestrolo acetato, medrossiprogesterone acetato sono utilizzati come seconda e terza linea di terapia nel cancro mammario. Trovano, altresì, impiego per il trattamento dei carcinomi endometriali e renali (limitatamente al medrossiprogesterone acetato per via orale) e sono scarsamente impiegati nel cancro prostatico. Le indicazioni cancro dell'endometrio e mammario sono sufficientemente definite per i due steroidi e non sono soggette a nota. Il loro impiego nel carcinoma renale ed ancor più in quello prostatico è da valutare caso per caso e, relativamente al carcinoma renale, è limitato al medrossiprogesterone acetato per via orale.

Megestrol acetato e medrossiprogesterone acetato per via orale trovano anche impiego, supportato in letteratura (1-5), nella cosiddetta sindrome anoressia/cachessia. Questa è caratterizzata da progressiva perdita di peso (>10% del peso ideale), anoressia, nausea cronica, malassorbimento, astenia, cambiamento dell'immagine corporea, impoverimento del *Performance Status*. Tale sindrome si rileva in pazienti affetti da neoplasia maligna in fase avanzata e da AIDS, fino all'80% in pazienti oncologici terminali, e rappresenta un importante fattore prognostico negativo.

Gli obiettivi maggiori dei trattamenti con progestinici riguardano, nell'anoressia/cachessia da cancro e da AIDS, il recupero ponderale, l'aumento dell'appetito e dell'introito calorico. Obiettivi secondari sono costituiti dal controllo della nausea cronica e del dolore e dal miglioramento del *Performance Status* e della qualità della vita.

Le evidenze che megestrolo acetato e medrossiprogesterone acetato sono in grado di conseguire tali obiettivi terapeutici sono mostrate da studi clinici controllati in doppio cieco e con dimensione del campione adeguata (1-3).

Vi è anche dimostrazione che l'impatto di questi trattamenti sul peso corporeo è dovuto a un aumento reale della massa magra e grassa (4), e soprattutto grassa (5), piuttosto che a ritenzione idrica (4, 5).

Gli studi hanno infine evidenziato che il miglior effetto terapeutico si ottiene con dosaggi di medrossiprogesterone acetato di 500-1.000 mg/die e di megestrolo acetato di 160-320 mg/die per via orale.

Gli effetti in pazienti con carcinomi gastrointestinali non sembrano molto favorevoli (6).

Effetti antianoressici e di incremento sul peso corporeo sono stati rilevati anche nella fibrosi cistica (7).

NOTA 30

<p>Fattori di crescita dei leucociti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - filgrastim - lenograstim - molgramostim 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - neutropenia congenita o da chemioterapia; - trapianto di midollo osseo; - mobilitazione di cellule staminali periferiche; - neutropenia (neutrofili < 750/μL) nei pazienti trapiantati di fegato o con diagnosi clinica di cirrosi, che ricevono interferone standard o peghilato in monoterapia o in combinazione con ribavirina e che presentano risposta virologica precoce alla terapia; - neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante. <p>La prescrizione dei fattori di crescita dei leucociti non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

L'utilizzo dei fattori di crescita emopoietici attivi sui precursori della serie granulocitaria (G-CSF) ha migliorato il corso delle neutropenie congenite severe, riducendo la frequenza delle infezioni gravi e aumentando la sopravvivenza dei pazienti (1,2). Le linee guida per l'impiego dei fattori di crescita emopoietici (CSF) per i pazienti sottoposti a terapie antitumorali ed a trapianto di midollo sono state definite nel 1994 e successivamente revisionate dalla *American Society of Clinical Oncology* (3-5).

- *Profilassi della neutropenia febbrile.*
- Somministrazione primaria: i dati recenti supportano sempre meno un possibile vantaggio terapeutico di regimi molto mielodepressivi nei tumori solidi (7). La profilassi può essere considerata un'opzione solo nei pazienti con rischio di neutropenia febbrile \geq 40%. Tuttavia, anche in questo sottogruppo di pazienti i dati disponibili dimostrano una riduzione dei tempi di ricovero conseguenti ai trattamenti antibiotici, ma non un vantaggio di sopravvivenza (4, 7). Ugualmente non viene nessuna evidenza che supporti l'utilizzo generalizzato dei fattori di crescita in pazienti neutropenici al momento di riprendere la terapia.
- Somministrazione secondaria ad un episodio di neutropenia febbrile: esiste l'indicazione a utilizzare i fattori di crescita nei trattamenti che hanno come obiettivo la guarigione della malattia e per i quali esiste una evidenza di minor efficacia a seguito di una riduzione dell'intensità di dose. I trattamenti con finalità palliative dovrebbero prevedere come prima azione una riduzione delle dosi dei chemioterapici (4).
- *Terapia.*
- Neutropenia in assenza di febbre: sebbene riducano la durata della neutropenia, non vi è evidenza da studi randomizzati che vi sia un miglioramento significativo della gravità delle infezioni o della sopravvivenza.
- Neutropenia febbrile: vi è indicazione in associazione alla terapia antibiotica. I CSF possono determinare una riduzione dell'ospedalizzazione, una migliore risposta alla terapia antibiotica, un miglioramento della qualità di vita.

- *Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali periferiche.*

- (Riduzione della neutropenia e delle complicanze infettive in pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi e a trapianto autologo o allogenico di midollo osseo (BMT, dall'inglese *Bone Marrow Transplantation*) o reinfusione di cellule staminali periferiche (PBSCT, dall'inglese *Peripheral Blood Stem Cell Transplantation*). In caso di PBSCT il recupero è più rapido che per il BMT.
- (Mobilizzazione di cellule staminali periferiche sia per trapianto autologo sia da donatori sani.
- (Aumento delle cellule staminali raccolte in corso di aferesi e possibilità di mobilitare le cellule progenitrici dal sangue periferico di donatori sani (6).

Le dosi consigliate per il G-CSF (filgrastim e lenograstim) e per il GM-CSF (molgramostim) sono di 5-10 µg/kg/die.

Nel trattamento delle epatiti virali croniche con interferone, la neutropenia è la più frequente causa di sospensione della terapia o di riduzione dei dosaggi di interferone (8, 9). È pensabile che G-CSF e GM-CSF siano in grado di ridurre la neutropenia e consentire la prosecuzione della terapia. Alcuni studi pilota hanno confermato questa ipotesi (10-14), tuttavia l'uso del G-CSF e del GM-CSF in questo contesto non è ancora standardizzato. L'effetto dell'aderenza alla terapia sulle percentuali di risposta sostenuta e l'efficacia dei trattamenti anti epatite, anche in pazienti con malattia epatica avanzata (8, 9) in cui una risposta al trattamento è estremamente e rapidamente produttiva in termini di anni di vita salvati, sono stati ampiamente dimostrati. Si ritiene pertanto utile, in accordo con le linee guida internazionali (15), di consentirne l'uso come terapia aggiuntiva alla terapia con interferone, ma solo in gruppi di pazienti selezionati con risposta virologica. La risposta virologica viene definita come negativizzazione della viremia HCV con PCR qualitativa o decremento rispetto al basale di almeno 1 logaritmo dopo meno di un mese di terapia o di due logaritmi dopo meno di tre mesi di terapia. La posologia e la frequenza della somministrazione andranno adattate sulla base della risposta del singolo paziente, in maniera tale da mantenere livelli di neutrofili > 750/µL durante il trattamento.

La neutropenia indotta dai farmaci antiretrovirali e da farmaci impiegati per il trattamento delle infezioni da opportunisti può limitarne l'impiego laddove le opzioni terapeutiche siano già ridotte. In tale contesto è stata ampiamente dimostrata l'utilità del G-CSF e del GM-CSF (16) in termini di miglioramento della leucopenia.

NOTA 30 BIS

Pegfilgrastim (Neupopeg, Neulasta)	Tali farmaci sono prescrivibili solo dietro Piano Terapeutico delle strutture pubbliche autorizzate, con indicazione: "Neutropenia da chemioterapia (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche). La prescrizione non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni".
------------------------------------	--

NOTA 31

Sedativi della tosse: - diidrocodeina - diidrocodeina + acido benzoico - levodropropizina	La prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione: - tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie. La prescrizione dei sedativi della tosse non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.
--	--

NOTA 32

Interferoni	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p>
Interferone alfa 2a ricombinante	<ul style="list-style-type: none"> - epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con ipertransaminasemia; epatite cronica B-Delta (monoterapia); - in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina; epatite cronica C, con ipertransaminasemia, in pazienti mai trattati in precedenza con interferoni o trattati con risposta post-trattamento e successiva recidiva; - in monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV; - leucemia a cellule capellute, leucemia mieloide cronica, sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione, linfoma non-Hodgkin follicolare, melanoma maligno; - carcinoma renale avanzato, linfoma cutaneo a cellule T; <p style="text-align: center;">*****</p>
Interferone alfa 2b ricombinante	<ul style="list-style-type: none"> - epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con ipertransaminasemia; epatite cronica B-Delta (monoterapia); - in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina; epatite cronica C, con ipertransaminasemia, in pazienti mai trattati in precedenza con interferoni o trattati con risposta post-trattamento e successiva recidiva; - in monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV; - leucemia a cellule capellute, leucemia mieloide cronica, sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione, linfoma non-Hodgkin follicolare, melanoma maligno; - mieloma multiplo, tumore carcinoide; <p style="text-align: center;">*****</p>
Interferoni alfa-2a e alfa-2b peghilati	<ul style="list-style-type: none"> - in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina; epatite cronica C, con ipertransaminasemia in pazienti mai trattati in precedenza con interferone o trattati con risposta solo temporanea e successiva recidiva; - in combinazione con ribavirina in pazienti senza risposta sostenuta a monoterapia con Interferone con malattia avanzata (presenza di ponti porto-centrali alla biopsia epatica e/o diagnosi clinica di cirrosi epatica) o infezione da genotipo HCV 2 o 3; <p style="text-align: center;">*****</p>
Interferone n-1 linfoblastoide	<ul style="list-style-type: none"> - epatite cronica B HBV-DNA-positiva con ipertransaminasemia; - epatite cronica B-Delta (monoterapia); - epatite cronica C con ipertransaminasemia, in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina in pazienti mai trattati in precedenza con interferone o trattati con risposta solo temporanea e successiva recidiva; - leucemia mieloide cronica; <p style="text-align: center;">*****</p>
Interferone alfa naturale alfa-n3 (leucocitario)	<p>in presenza di: a) documentata intolleranza soggettiva o b) neutro o piastrinopenia (neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mm c); che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica; limitatamente alle indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epatite cronica B e B-Delta; - in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina; epatite cronica C con ipertransaminasemia, con esclusione di pazienti non responders a un precedente ciclo di trattamento con interferoni; <p>in presenza di documentata intolleranza ad altri interferoni limitatamente alle indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leucemia a cellule capellute; - leucemia mieloide cronica; - mieloma multiplo; - linfoma non-Hodgkin; - micosi fungoide; - sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione; - carcinoma renale; - melanoma maligno; <p style="text-align: center;">*****</p>
Interferone alfacon-1	<p>in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina; nell'epatite cronica C, con ipertransaminasemia, in pazienti mai trattati in precedenza con interferoni o trattati con risposta post trattamento e successiva recidiva.</p>

Motivazioni e criteri applicativi

Oltre la metà dell'impiego di interferoni (IFN) è finalizzata al trattamento delle epatiti croniche virali. In queste indicazioni, l'uso degli IFN è probabilmente destinato a subire in tempi brevi alcune modificazioni (sostituzione o combinazione con antivirali).

- Epatite cronica B

La durata del trattamento con interferone nell'epatite cronica B da HBV HBeAg positiva è di 16-24 settimane. La durata del trattamento nell'epatite cronica HBeAg negativa può variare da 1 a 2 anni. Il prolungamento oltre i 6 mesi dovrebbe essere riservato a pazienti che presentino una risposta al trattamento (riduzione dei valori di transaminasi pari ad almeno il 50% del basale e/o decremento di 1 logaritmo dei livelli di HBVDNA rispetto a quelli pre/trattamento).

Nel 30-50% dei pazienti con epatite cronica B HBVDNA-positiva HBeAg-positiva il trattamento con IFN per 6 mesi determina una risposta terapeutica efficace (normalizzazione di ALT, negativizzazione di HBeAg e di HBV-DNA); più tardivamente si verifica in molti di essi la negativizzazione di HBsAg; la risposta virologica è in genere duratura, ed è seguita nel tempo da attenuazione fino alla scomparsa dei reperti istologici di epatite cronica; più basse sono le percentuali di risposta nei bambini (1-3). Gli IFN sono meno efficaci nell'epatite cronica B HBV-DNA-positiva, HBeAg-negativa. Tuttavia recentemente è stato dimostrato che un trattamento prolungato per 12 - 24 mesi con dosi standard di interferone (3-6 MU tre volte la settimana) può ottenere una risposta virologica e biochimica a lungo termine (5-7 anni) nel 18-30% dei casi, con miglioramento istologico e della prognosi (4-6). Questi dati, e le recenti riserve sull'alternativa lamivudina, suggeriscono di estendere l'indicazione agli interferoni all'epatite cronica B HBV-DNA-positiva, HBeAg-negativa come del resto indicato nelle più recenti linee guida internazionali (7, 8). L'uso dell'IFN non ha indicazione e può essere dannoso nei soggetti con transaminasi normali, che sono peraltro in larghissima maggioranza HBV-DNA-negativi.

- Epatite cronica B con sovrapposizione Delta (B/D)

IFN è scarsamente efficace, con risposta sostenuta in meno del 15% dei casi (3); sono richiesti dosaggi elevati (9 MU tre volte la settimana per uno-due anni), spesso non tollerati o tollerati con grave abbassamento della qualità di vita.

- Epatite cronica C

La durata del trattamento con interferoni peghilati in combinazione con ribavirina nell'epatite cronica da HCV in soggetti mai trattati in precedenza con interferone è di 24 settimane da protrarre a 48 settimane nei pazienti con infezione da genotipo 1 o 4 che presentino negatività della ricerca di HCVRNA alla 24° settimana e che abbiano presentato un decremento di almeno 2 logaritmi dei livelli di HCVRNA rispetto a quelli pre terapia e/o negatività della ricerca di HCVRNA dopo 12 settimane di terapia. La durata della terapia nei pazienti precedentemente trattati con interferone è di 24-48 settimane sulla base delle caratteristiche individuali nei soggetti che abbiano presentato un decremento di almeno 2 logaritmi dei livelli di HCVRNA rispetto a quelli pre terapia e/o negatività della ricerca di HCVRNA dopo 12 settimane di terapia. La durata del trattamento degli interferoni standard in combinazione con ribavirina nell'epatite cronica da HCV è di 24 settimane da protrarre a 48 settimane nei pazienti recidivanti dopo monoterapia e/o con infezione da genotipo 1 o 4 e viremia HCV elevata (superiore a 800.000 IU/mL) che presentino negatività della ricerca di HCVRNA alla 24° settimana.

L'innovazione terapeutica di maggior rilievo è rappresentata dagli interferoni-peghilati (IFN- Peg), che mantengono tassi ematici di interferone costantemente elevati per periodi più protratti a cui consegue una più accettabile posologia, con una sola somministrazione settimanale. Il trattamento per 48 settimane con IFN-Peg in monoterapia ottiene percentuali di risposta sostenuta (cioè a 6 mesi dopo sospensione) superiori a quelle ottenibili con IFN standard: fra 24% e 38%, rispetto a 12% e 17% (9,10). Il trattamento per 48 settimane con la combinazione IFN-Peg più ribavirina ha ottenuto percentuali di risposta sostenuta superiori al 50% significativamente più elevate rispetto a quelle ottenute con interferone alfa 2b e ribavirina (11, 12). La risposta virologica e biochimica è associata a un miglioramento degli indici istologici di necroinfiammazione e - in minor misura - di fibrosi (9-12). È omogenea l'identificazione dei fattori predittivi di risposta, che sono: genotipo diverso dal genotipo 1, bassa viremia e assenza di cirrosi.

Il ritrattamento con interferone standard e ribavirina dei pazienti senza risposta a monoterapia con interferone ha ottenuto percentuali di risposta sostenuta del 12-15% (13). Il ritrattamento con interferoni-peghilati è risultato più efficace inducendo risposte sostenute pari al 34-40% (13). Il ritrattamento dei pazienti che hanno recidivato dopo monoterapia con interferone ha ottenuto percentuali di risposta del 47% nei pazienti trattati con interferone standard e ribavirina e del 60% in quelli trattati con interferoni peghilati e ribavirina (13). I più importanti fattori predittivi di risposta al ritrattamento con interferone e ribavirina sono risultati: l'infezione da genotipo 2 e 3 e una risposta virologica parziale durante il primo trattamento. La decisione sul ritrattamento di pazienti senza risposta ad un primo ciclo di terapia dovrebbe quindi essere basata: sul tipo di risposta al trattamento precedente, sulla gravità della malattia di fegato, sul genotipo di HCV, sulla tolleranza e l'aderenza alla terapia precedente (14).

Sono in corso numerosi studi sul ritrattamento con dosi più elevate di interferone standard e/o con IFN-Peg in combinazione con ribavirina di pazienti senza risposta a terapia con interferone standard e ribavirina; da questi studi non sono ancora giunte evidenze conclusive anche se i dati preliminari sulla risposta al ritrattamento indicano percentuali di risposta sostenuta intorno all' 11% (15). Inoltre sono in corso di svolgimento studi mirati a valutare l'utilità di una terapia "di mantenimento" con IFN-Peg in pazienti senza risposta a ritrattamento e con malattia avanzata, finalizzata a prevenire l'evoluzione verso la cirrosi scompensata e l'epatocarcinoma (15); anche da questi studi si attendono evidenze conclusive.

Gli studi clinici sull'interferone alfa naturale leucocitario n3 sono assai meno numerosi di quelli sugli altri interferoni alfa. Il suo profilo di sicurezza è pertanto meno conosciuto.

Nell'epatite cronica C, è stata attribuita all'IFN alfa-n3, anche in dosi elevate, una minor incidenza di effetti indesiderati rispetto agli altri IFN. Questo vantaggio, segnalato in studi non controllati, non sembra confermato da un *trial* controllato e randomizzato di confronto fra dosi diverse di IFN alfa-n3 leucocitario, che riporta percentuali di sospensione per intolleranza (5% con 5 MU e 21% con 10 MU tre volte la settimana), non inferiori a quelle registrate nei *trials* con altri interferoni (16). Si ricorda che non può essere considerato fenomeno di intolleranza la reazione febbrile simil-influenzale che segue la somministrazione delle prime dosi di interferone, che è facilmente dominata dal paracetamolo e che non si ripete con il prosieguo del trattamento oltre i primi tre mesi. Si segnala, infine, che l'interferone alfa naturale leucocitario n3 ha un costo più elevato degli altri interferoni standard, in assenza di chiare evidenze di un vantaggio terapeutico.

L'interferone alfacon-1 (*Consensus Interferon*) è un interferone sintetico, ricombinante, costruito con sequenze di aminoacidi della famiglia degli alfa interferoni. Ha un profilo di efficacia e di effetti avversi non differente da quello di altri interferoni, ben documentato da *trials* randomizzati (17). Sono in corso studi controllati volti a valutare efficacia e tollerabilità dell'interferone alfacon-1 in combinazione con ribavirina nella terapia dell'epatite cronica da HCV. Uno studio pilota pubblicato recentemente indica che tale combinazione è in grado di indurre percentuali di risposta superiori al 60% nel genotipo 2 e 3 e al 30% nel genotipo 1 e 4 (18).

Le sperimentazioni cliniche finora pubblicate non hanno fornito prove convincenti di efficacia dell'interferone beta nelle epatiti virali croniche. Sono in corso altre sperimentazioni con dosaggi e regimi diversi di somministrazione. Pertanto l'instaurazione *ex novo* di un trattamento con interferone beta non può essere autorizzata. Si fa rilevare che le epatiti croniche virali non sono incluse fra le indicazioni dell'interferone beta nel *British National Formulary* del settembre 2001 né nell'*American Hospital Formulary Service* 2002.

Per l'interferone beta allo stato attuale delle conoscenze non vi sono indicazioni per la terapia delle epatiti croniche B, C, e B-Delta.

- Epatite acuta da HCV

Diverse meta-analisi hanno dimostrato che l'impiego dell'interferone nell'epatite acuta da HCV riduce significativamente del 30-40% la percentuale dei soggetti con cronicizzazione (19). Inoltre recentemente l'impiego di regimi di induzione con somministrazione quotidiana di interferone a dosi di 5-10 MUI seguiti dalla somministrazione trisettimanale delle stesse dosi per 24 settimane hanno fatto registrare percentuali di cronicizzazione inferiori al 5% (19). Pur non essendovi indicazioni chiare sulla posologia, sul timing ideale e sulla durata della terapia le linee guida internazionali consigliano di iniziare la terapia in caso di mancata negativizzazione dell'HCV RNA a 2-4 mesi dall'infezione acuta protrahendo il trattamento per 16-24 settimane (19). Sono in corso dei *trials* per identificare le posologie, il timing, la durata del trattamento e l'utilità dell'impiego di interferoni peghilati e/o di ribavirina, in tale contesto.

NOTA 32 BIS

lamivudina	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - epatite cronica B HBV-DNA-positiva, in soggetti con malattia rapidamente evolvente verso l'insufficienza epatica grave o in lista attiva per trapianto o con malattia evolutiva e avanzata in cui l'interferone sia controindicato o non tollerato o inefficace; - per l'impiego post-trapianto; - per il trattamento e per la prevenzione delle riascerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in portatori cronici di HbsAg.
------------	--

Motivazioni e criteri applicativi:

Nei pazienti con epatite B HBV-DNA-positiva, HBeAg-negativa (il 90% dei casi di epatite B attualmente in Italia), la lamivudina negativizza HBV-DNA e normalizza ALT in una percentuale di pazienti del 65-80% alla fine del primo anno di trattamento, del 50-60% alla fine del secondo e del 30-40% alla fine del terzo anno (1). La sospensione del trattamento è seguita dalla riattivazione dell'epatite nel 90% dei *responders* (2).

Il problema della lamivudina è l'emergere, durante il trattamento, di mutanti dell'HBV parzialmente o totalmente resistenti e, soprattutto, le segnalazioni, che sembrano in crescendo, di riascerbazioni molto gravi e anche fatali in relazione all'emergere dei mutanti (3), particolarmente in cirrotici (valori di transaminasi elevati fino al *range* dell'epatite acuta, tendenza all'aumento della bilirubina e alla riduzione dell'attività protrombinica). Anche se non ancora precisamente quantificabile, questo rischio non è irrilevante (5-7). D'altra parte, anche la sospensione della terapia nei soggetti in remissione espone al rischio di riascerbazioni, osservate nel 15-20% dei casi, in un terzo dei quali con epatite clinicamente grave (4).

La lamivudina va quindi limitata ai soggetti con forme evolutive e avanzate di epatite B (ovvero in cui siano dimostrabili alla biopsia ponti porto-centrali o vi siano segni clinici di cirrosi) nei quali non è indicata o è inefficace o non tollerata la terapia con interferone che rimane la terapia di prima linea (7, 8).

Nell'epatite cronica HBeAg positiva la lamivudina può essere sospesa 3-6 mesi dopo la clearance di HBeAg. La durata minima di trattamento è un anno. La prosecuzione del trattamento nei pazienti senza sieroconversione e/anti e va valutata tenendo presente il rischio di lamivudino-resistenza.

Non esistono né dati da *trial* controllati, né un consenso unanime sulla durata ottimale della terapia con lamivudina nei pazienti con epatite HBeAg negativa né sull'utilità di proseguire il trattamento con lamivudina nei pazienti con infezione da ceppi mutanti resistenti, nei pazienti che non sono in lista per trapianto e che non hanno presentato una malattia epatica in fase di scompenso (7, 8). È stato dimostrato che la terapia con altri antivirali impiegata tempestivamente, è in grado di indurre un controllo della replicazione di questi ceppi mutanti ed una remissione delle riacutizzazioni di epatite, consentendo anche il trapianto di fegato (9). Sarà da valutare quale sia la durata ottimale di una terapia antivirale anti HBV e quale sia, nel lungo periodo (più di 2 anni), l'incidenza di comparsa di mutanti resistenti anche con l'impiego dei nuovi antivirali.

Nel post-trapianto, la lamivudina appare efficace sia per la prevenzione sia per il trattamento della recidiva (10); per la prevenzione, è stata usata sia da sola (11) sia in combinazione con dosi ridotte di immunoglobuline anti-HBV (12).

L'uso della lamivudina post-trapianto non è fra le indicazioni autorizzate in scheda tecnica; per la sua importanza è stato inserito nella Legge 648/96.

In uno studio preliminare, la lamivudina si è rivelata del tutto inefficace nell'epatite cronica delta (13).

NOTA 36

<p>Ormoni androgeni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - testosterone - metiltestosterone 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ipogonadismi maschili primitivi e secondari; - pubertà ritardata. <p>La prescrizione degli ormoni androgeni non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--	---

NOTA 39

<p>Ormone della crescita (somatotropina)</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p>
	<p><u>Età evolutiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bassa statura da deficit di GH definito dai seguenti parametri clinico-auxologici e di laboratorio: <ol style="list-style-type: none"> I. a) 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 b) 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 c) malformazioni/lesioni ipotalamo-ipofisario dimostrate a livello neuroradiologico o difetti ipofisari multipli che comportino deficit di GH accertato in base ad una delle modalità del punto b); e II. a) risposta di GH < 10 <u>g/L</u> ad almeno 2 test farmacologici eseguiti in giorni differenti; oppure b) risposta di GH < 20 <u>g/L</u> nel caso uno dei 2 test impiegati sia GHRH + arginina o GHRH + piridostigmina; oppure c) secrezione spontanea media di GH nelle 24 ore, o quantomeno nelle 12 ore notturne < 3 <u>g/L</u> in presenza di normale risposta ai test farmacologici e valori di IGF1 < -2 DS; <ul style="list-style-type: none"> - sindrome di Turner citogeneticamente dimostrata; - deficit staturale nell'insufficienza renale cronica; - sindrome di Prader Willi in soggetti prepuberi; <p><u>Età adulta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - soggetti con livelli di GH allo stimolo con ipoglicemia insulinica < 3µg/L o, in presenza di controindicazioni ai test di ipoglicemia insulinica, con picco inadeguato di GH dopo stimoli alternativi, per: <ol style="list-style-type: none"> a) Ipofisectomia totale o parziale (chirurgica, da radiazioni); b) Ipopituitarismo idiopatico, post traumatico, da neoplasie sellari e parasellari.

Motivazioni e criteri applicativi

-Età evolutiva

Il trattamento con l'ormone della crescita va effettuato in neonati con ipopituitarismo e nei bambini con bassa statura e/o bassa velocità di crescita staturale che presentano una delle caratteristiche (clinico-auxologiche o di diagnostica di immagini) di cui al punto I e nei quali, contemporaneamente, sia dimostrato il deficit di GH in base ad una delle modalità di cui al punto II.

Il trattamento con GH biosintetico può essere effettuato fino al raggiungimento della statura definitiva e deve essere proseguito in età adulta nei pazienti in cui sia stato confermato un deficit permanente di GH, secondo i criteri applicabili in età adulta.

Il trattamento non va effettuato in bambini con bassa statura costituzionale o familiare in cui non siano state chiaramente documentate le alterazioni sopra specificate.

In soggetti con caratteristiche clinico-auxologiche in accordo con il punto I e con normale secrezione di GH (punto II), la terapia può essere effettuata solo se valutata e autorizzata dalla Commissione Regionale preposta alla sorveglianza epidemiologica ed al monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con GH.

Il monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso dell'ormone sarà effettuato da Commissioni Regionali con l'istituzione di un registro, assumendo come modello di riferimento il registro operante nella Regione Piemonte.

Le Autorità Sanitarie preposte alle attività di controllo invieranno i dati dei Registri Regionali, con cadenza annuale, all'Istituto Superiore di Sanità che si farà carico della sorveglianza epidemiologica nazionale. Per il monitoraggio

della prescrizione è necessario far riferimento alla prevalenza del trattamento nella popolazione compresa tra 0 e 18 anni d'età, che è stimabile, in base ai dati della letteratura scientifica internazionale degli ultimi 20 anni, in 1:2000 (tasso di esposizione al trattamento). Va, inoltre, tenuto conto che la coorte dei soggetti affetti dalle principali patologie per cui è indicata la terapia con GH è sostanzialmente stabile nel tempo e distribuita in modo omogeneo sul territorio.

Soggetti adulti con deficit di GH presentano un abbassamento della qualità di vita, una riduzione della forza muscolare, un aumento dell'adipe viscerale che, insieme ad un aumento del colesterolo circolante, costituisce un fattore di rischio per complicanze cardiovascolari.

In particolare, è stato dimostrato un chiaro aumento dei processi di aterosclerosi con netto incremento della mortalità da cause cardiovascolari. Il trattamento sostitutivo con GH biosintetico va comunque riservato solo ai rari casi nei quali vi sia un severo deficit di GH, dimostrato da un picco di risposta < 3 µg/L dopo ipoglicemia insulinica, oppure, in presenza di controindicazioni al test dell'ipoglicemia (cardiopatie, patologia del SNC, età avanzata), a seguito di un picco inadeguato di GH dopo stimoli alternativi utilizzati con limiti di normalità appropriati alla loro potenza.

Il test con GHRH + arginina viene ad oggi ritenuto l'alternativa di prima scelta e, dopo questo stimolo, un severo deficit di GH è dimostrato da un picco dei livelli circolanti di GH < 9 µg/L. Il rigoroso rispetto di tali criteri esclude la possibilità di un uso improprio o eccessivo del farmaco.

NOTA 40

<p>Analoghi della somatostatina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanreotide - octreotide 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - acromegalia; - sindrome associata a tumori neuroendocrini; - tumori neuroendocrini "non funzionanti" che esprimono recettori per la somatostatina.
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

La somatostatina e i suoi analoghi, octreotide e lanreotide, inibiscono la secrezione del "growth-hormone" (GH) nel 90% dei pazienti affetti da acromegalia, nei quali persista un innalzamento del GH dopo terapia chirurgica o radioterapia o in cui non sussista un'indicazione chirurgica. Tale azione si concretizza in un miglioramento della sintomatologia. Non vi sono al momento dati da studi randomizzati che ne consiglino l'utilizzo in prima linea in alternativa ai trattamenti locoregionali (1,2).

Questi farmaci hanno azione inibente sulla produzione di molti peptidi prodotti da tumori neuroendocrini e risultano quindi efficaci nel controllo delle sindromi associate a questa patologia. Il controllo dei sintomi si può ottenere nel 70-90% dei pazienti con tumore carcinoidale metastatico e nel 50-85% degli affetti da neoplasie neuroendocrine insulari (3,4). L'indicazione al trattamento dei tumori "non funzionanti" è controversa e deve essere limitata a quei casi in cui è dimostrata la presenza di recettori per la somatostatina, in particolare con Octreoscan, che, pur con limiti di sensibilità, rappresenta l'unico test disponibile per rilevare la presenza "in vivo" di una sufficiente espressione di recettori per il farmaco in oggetto.

NOTA 41

<ul style="list-style-type: none"> - calcitonina 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Morbo di Paget. <p><i>La prescrizione della calcitonina non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</i></p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

La calcitonina è un ormone ipocalcemizzante, un peptide di 32 aminoacidi, normalmente prodotto dalle cellule C della tiroide. L'azione ipocalcemica è principalmente dovuta alla potente azione inibitoria esercitata sugli osteoclasti. Questa caratteristica è efficacemente sfruttata nel trattamento dei disordini ossei come la malattia di Paget e nell'ipercalemia (1).

Per quanto riguarda l'osteoporosi, non vi sono prove univoche di efficacia clinica in termini di riduzione di fratture. Nonostante che la calcitonina produca, rispetto al placebo, un aumento della massa ossea (2), non sono documentate in letteratura variazioni di rilievo dell'incidenza di fratture (3) e, comunque, l'aumento di massa ossea è minore rispetto a quello indotto dall'alendronato (4).

Uno studio condotto dal *Cochrane Group* per stabilire l'efficacia del trattamento con calcitonina rispetto al placebo, nei pazienti in trattamento con corticosteroidi, non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda

l'aumento di massa ossea e il rischio relativo di fratture (5). La calcitonina può causare nausea, diarrea e flushing. Alcuni pazienti possono diventare resistenti nelle terapie a lungo termine forse a causa dello sviluppo di anticorpi neutralizzanti (6).

NOTA 42

Bifosfonati: - acido etidronico - acido clodronico	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni</i></p> <ul style="list-style-type: none">- trattamento <i>del</i> Morbo di Paget: acido etidronico;- trattamento delle lesioni osteolitiche da metastasi ossee e del mieloma multiplo: acido clodronico. <p>La prescrizione dei bifosfonati non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--	--

Motivazioni e criteri applicativi

I bifosfonati rallentano la formazione e la dissoluzione dei cristalli di idrossiapatite.

L'effetto dei bifosfonati da sfruttare in clinica è il potere di inibire il riassorbimento osseo. È stato anche dimostrato che il bifosfonato acido clodronico agisce non solo tramite l'inibizione dell'attività degli osteoclasti, ma anche tramite una riduzione diretta delle cellule tumorali dell'osso con meccanismi ancora da definire, sia di tipo indiretto (alterazioni del microambiente dell'osso) sia di tipo diretto (apoptosi delle cellule tumorali, oltre che degli osteoclasti) (1-3).

Per quanto riguarda l'osteoporosi postmenopausale, l'etidronato, somministrato ciclicamente per via orale, non ha dimostrato nei *trial* clinici controllati risultati univoci e quindi non è da considerare di sicura efficacia rispetto a *end-point* clinici (4, 5).

NOTA 48

<p>Farmaci antiulcera:</p> <p>Anti H2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cimetidina - famotidina - nizatidina - ranitidina - roxatidina, <p>Inibitori di pompa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esomeprazolo - lansoprazolo - omeprazolo - pantoprazolo - rabeprazolo 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento ed alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane):</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ulcera duodenale o gastrica positive per <i>Helicobacter pylori</i> (Hp); ▪ per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione; ▪ ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa (primo episodio); ▪ malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio); - <i>durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sindrome di Zollinger-Ellison; ▪ ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante; ▪ malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante). <p>Se la malattia da reflusso gastroesofageo è associata a infezione da Hp, l'eradicazione del batterio può essere indicata se il reflusso è associato a ulcera peptica o a gastrite cronica grave istologicamente documentata o se il controllo dei disturbi richiede trattamento ininterrotto con dosi elevate di inibitori di pompa protonica (es: omeprazolo, dosi pari o superiori a 20 mg/die).</p> <p>Il trattamento eradicante va effettuato solo nei casi di dispepsia associata a presenza di ulcera gastrica o duodenale.</p> <p>La prescrizione dei farmaci antiulcera non è rimborsata dal SSN in caso di dispepsia non ulcerosa e per altre indicazioni autorizzate.</p>
---	--

Motivazioni e criteri applicativi

L'ulcera duodenale è associata a infezione da Hp nel 90-95% dei casi e l'ulcera gastrica nel 75-85%.

È stato dimostrato da numerosi *trial* randomizzati e da meta-analisi che l'eradicazione dell'infezione previene le recidive dell'ulcera, riducendole al 5-10% o meno.

L'eradicazione è efficace nei linfomi gastrici HP positivi a basso grado di malignità.

Il trattamento eradicante è fortemente raccomandato nell'ulcera duodenale e nell'ulcera gastrica, e lo è con particolare enfasi nei soggetti che hanno sofferto un'emorragia da ulcera per la prevenzione di risanguinamenti (1, 2).

Non ci sono prove convincenti di efficacia del trattamento eradicante nella dispepsia non ulcerosa. Dopo gli iniziali risultati contrastanti, infatti, almeno quattro *trial* pubblicati negli ultimi due anni hanno dato risultati concordanti che dimostrano l'inefficacia della terapia eradicante (3).

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), con o senza esofagite, ha tendenza alle recidive, che possono accentuare il danno esofageo ed esitare in metaplasia dell'epitelio a rischio di evoluzione neoplastica (esofago di Barrett). Nei soggetti oltre 45 anni, se la sintomatologia da reflusso è grave, o continua, o recidivante, è fortemente raccomandata l'endoscopia. Per il trattamento della malattia da reflusso, particolarmente se associata ad esofagite (4), i farmaci più efficaci sono gli inibitori di pompa protonica (5, 6), che nella maggior parte dei casi sono sufficienti per somministrazione discontinua e/o a dosi ridotte (7). I dati disponibili sono in prevalenza negativi rispetto a un vantaggio terapeutico dell'eradicazione dell'Hp sulla frequenza e intensità dei disturbi da MRGE (8). Un piccolo *trial*, che dimostrerebbe un vantaggio dall'eradicazione nella MRGE senza esofagite grave (9), presenta manifeste improprietà metodologiche (es: valutazione non secondo intention to treat; ogni evidenza di vantaggio è azzerata se i dati sono reinterpretati correttamente). Nella 8ª edizione di Clinical Evidence l'eradicazione dell'Hp viene giudicata inefficace nel ridurre la frequenza di recidive della MRGE (10). Infine, anche il Consensus Report di Maastricht 2-2000 cita come consigliabile ("advisable") l'eradicazione dell'Hp nella MRGE solo nei soggetti che richiedano "profonda soppressione long-term della secrezione gastrica" (11). Questa posizione sembra dettata dal timore che l'infezione da Hp associata ad acidosoppressione da inibitori di pompa protonica possa determinare gastrite atrofica, potenziale causa di carcinoma (12). Tuttavia, questa eventualità è stata rilevata dopo esposizione inusualmente intensa e protratta ad acido-soppressione (trattamento ininterrotto con 20-40 mg di omeprazolo/die per una durata media di 5 anni) ed è contraddetta da altri studi che impiegavano le stesse dosi di omeprazolo in soggetti con MRGE Hp-positivi e non rilevavano né atrofia gastrica né metaplasia (13).

Rimane da considerare il teorico vantaggio dell'eradicazione per prevenire l'insorgenza di carcinoma gastrico, per il quale l'infezione da Hp è solo uno dei fattori di rischio, insieme alla dieta, all'atrofia della mucosa, all'acquisizione dell'infezione nella prima infanzia (16), a fattori genetici e ad altri sconosciuti; e non c'è alcun indizio che indichi una riduzione di incidenza dopo eradicazione dell'Hp.

NOTA 51

<p>Analoghi RH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buserelina • Goserelina • Leuprorelina • triptolierina 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>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;</p> <p>trattamento prechirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 pervia isteroscopica; goserelina, leuprorelina, triptorelina. <p><i>La prescrizione degli analoghi RH non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</i></p>
--	--

Motivazioni e criteri applicativi

Struttura: analoghi dello LHRH.

Meccanismo di azione: le dosi iniziali stimolano la produzione di FSH e LH; un trattamento prolungato determina desensibilizzazione dei recettori ipofisari e inibizione della produzione di entrambi gli ormoni gonadotropi (1). Funzionalmente si determina una condizione di castrazione farmacologica.

Indicazioni.

Carcinoma prostatico: l'uso clinico di questi principi attivi è soprattutto connesso all'inibizione della produzione degli ormoni gonadotropi (1). La leuprolide in uno studio randomizzato ha mostrato gli stessi risultati ottenuti con il dietilstibestolo (DES) in pazienti con malattia metastatica (2). La goserelina in diversi *trial* clinici controllati è risultata efficace quanto l'orchietomia (3,4). La stessa evidenza si ha anche per la triptorelina (5), la buserelina (6) e la leuprorelina (7). In genere, nella malattia avanzata, entro i primi 3 mesi di trattamento, le risposte obiettive si aggirano intorno al 50%; un ulteriore 25% mostra una stabilità di malattia, mentre il restante 25% progredisce (8).

Carcinoma mammario: l'uso clinico di questi principi attivi è soprattutto connesso all'inibizione della produzione degli ormoni gonadotropi a seguito dell'induzione dello stato menopausale (9, 10). Questa indicazione è ovviamente limitata alle donne in premenopausa e perimenopausa (che nel caso siano isterectomizzate abbiano un profilo ormonale conseguente) in cui l'espressione dei recettori per estrogeni e/o progesterone sia positiva o sconosciuta (9, 12, 13). Infatti, in queste condizioni i risultati terapeutici sono paragonabili o superiori a quelli della ovariectomia (9).

Pubertà precoce: il limite inferiore di età per l'inizio della pubertà, ancorché non semplice da definire, può essere stabilito a 7 anni (7-13 anni) per le femmine e a 9 anni (9-13,5 anni) per i maschi (14). Solo la pubertà precoce di origine centrale (pubertà precoce vera o LHRH dipendente) risponde al trattamento con analoghi stabili del LHRH naturale (1). L'uso di analoghi del LHRH è stato raccomandato da un comitato di approvazione della FDA (15). I benefici della terapia per la pubertà precoce includono una completa cessazione del ciclo mestruale nelle ragazze, l'interruzione o un netto rallentamento della maturazione dei caratteri sessuali secondari, il restaurarsi di comportamenti adeguati all'età anagrafica, la prevenzione della maturazione scheletrica precoce; quest'ultimo effetto previene anche la riduzione della statura in età adulta (15, 16).

Endometriosi: la terapia con reline dell'endometriosi è di elevata efficacia. Scompaiono i dolori, si ha una rapida involuzione degli impianti nell'endometrio ed aumentano le probabilità di successo del trattamento dell'infertilità (17, 18).

Trattamento prechirurgico: il trattamento per tre mesi con reline di pazienti metrorragiche, in preparazione ad interventi chirurgici sull'utero, porta ad una netta riduzione delle formazioni fibroidi uterine ed aumenta il successo di interventi di tipo conservativo che consentono di preservare la fertilità in donne giovani (19).

NOTA 55

<p>Antibiotici iniettabili per uso territoriale:</p> <ul style="list-style-type: none">- cefamandolo- cefonicid- ceftazolo- cefurossima- cefmetazolo- cefotetan- cefoxitina- cefodizima- cefoperazone- cefotaxima- ceftazidima*- ceftizoxima- ceftriaxone- cefepime*- mezlocillina- piperacillina- ampicillina+ sulbactam- piperacillina+ tazobactam*- ticarcillina+ac. clavulanico* - amikacina- gentamicina- netilmicina- tobramicina	<p><i>La prescrizione carico del SSN degli antibiotici iniettabili per l'uso comunitario, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari; trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi.</p> <p>Un razionale utilizzo degli antibiotici permette di preservare l'ambiente territoriale extra-ospedaliero dalla diffusione delle resistenze batteriche, mantenendolo separato da quello ospedaliero ed evitando il ricorso all'ospedalizzazione per trattare infezioni risolubili efficacemente al domicilio del paziente. Tali farmaci non dovrebbero rappresentare, di norma, la prima scelta terapeutica, ma vanno riservati a casi selezionati, anche allo scopo di prevenire l'insorgere di ceppi resistenti sul territorio; ciò vale in particolare per gli antibiotici impiegati nei confronti di <i>Pseudomonas aeruginosa</i> contrassegnati da asterisco (*). Per gli aminoglicosidi in particolare è indicato l'impiego in associazione con β lattamine, in pazienti anziani che vivono in RSA o strutture protette, in pazienti defedati o immuno-compromessi o recentemente dimessi dall'ospedale e/o sottoposti a trattamenti protratti con antibiotici a largo spettro, allo scopo di potenziare o ampliare lo spettro d'azione antibatterica.</p>
---	--

Motivazioni e criteri applicativi

Gli obiettivi della presente nota sono: 1) ottenere il successo terapeutico in caso di infezioni gravi in ambienti extra-ospedalieri, in particolare anche quando sia in causa un agente eziologico resistente ai più comuni antibiotici o nel paziente immunocompromesso; 2) limitare l'induzione di meccanismi di resistenza nei patogeni presenti in comunità.

Devono essere considerati due importanti punti:

1. le infezioni extra-ospedaliere sono suscettibili di un trattamento efficace con agenti a spettro più ristretto per via orale (ad es. infezioni di orecchio, naso e gola, sinusiti, infezioni delle basse vie respiratorie, dei tessuti molli, delle vie urinarie);
2. nel trattamento delle infezioni gravi, per massimizzare l'efficacia della terapia antibiotica, devono essere attentamente considerate le caratteristiche farmacocinetiche delle molecole presenti nella nota, utilizzando precisamente, secondo le indicazioni della scheda tecnica, dosi e numero di somministrazioni adeguate, così da ridurre il rischio di induzione di resistenze batteriche.

La scelta terapeutica è quasi sempre su base empirica, basata su una diagnosi eziologica presuntiva, su linee guida locali, nazionali od internazionali, ma, ove possibile, va ricercata la diagnosi microbiologica che consenta una terapia mirata.

Concettualmente possiamo suddividere i farmaci presenti nella nota in 6 gruppi.

1. Cefalosporine di II generazione (cefamandolo, cefonicid, ceftazolo, cefurossima) e cefamicine (cefmetazolo, cefotetan, cefoxitina).
2. Penicilline protette (ampicillina + sulbactam).
3. Cefalosporine di III (cefodizima, cefoperazone, cefotaxima, ceftazidima, ceftizoxima, ceftriaxone) e di IV generazione (cefepime).
4. Ureidopenicilline (mezlocillina e piperacillina).
5. Ureidopenicilline e carbossipenicilline protette (piperacillina-tazobactam e ticarcicillina-acido clavulanico).
6. Aminoglicosidi (amikacina, gentamicina, netilmicina, tobramicina).

Le prime due classi di farmaci presentano analogie di spettro antibatterico e di attività clinica in infezioni, gravi, sostenute dai più comuni germi comunitari, ma non da *Pseudomonas spp.*

Le ureidopenicilline e le cefalosporine di III e IV generazione dimostrano attività nei riguardi di gram-negativi produttori di beta-lattamasi. Alcune di queste molecole, identificabili con un asterisco, sono efficaci nei confronti di *Pseudomonas aeruginosa*. Poiché le infezioni sostenute da alcune *Enterobacteriaceae* produttrici di beta-lattamasi cosidette ad ampio spettro (ESBL) non sono più confinate solo in ambiente ospedaliero, ma sono in aumento anche in ambito territoriale extra-ospedaliero, va tenuto presente che tali molecole conferiscono alto grado di resistenza a molti antibiotici inseriti nella nota, con la eccezione di cefepime, cefotaxima, cefotetan, cefoxitina, piperacillina/tazobactam e ticarcicillina/clavulanato purché impiegate secondo posologia corretta per dosi e numero di somministrazioni. In particolare le carbossi- e le ureidopenicilline associate ad inibitori delle beta-lattamasi presentano un ampio spettro di efficacia e sono inoltre caratterizzate da una modesta tendenza all'induzione di resistenze. Per quanto riguarda gli aminoglicosidi è indicato l'impiego con β -lattamine in pazienti anziani che vivono in RSA o strutture protette, in pazienti defedati o immuno-compromessi o recentemente dimessi dall'ospedale e/o sottoposti a trattamenti con antibiotici a largo spettro.

Un razionale utilizzo degli antibiotici permette di preservare l'ambiente territoriale dalla diffusione delle resistenze batteriche, mantenendolo separato da quello ospedaliero ed evita di ricorrere all'ospedalizzazione per trattare infezioni che possono essere risolte efficacemente al domicilio del paziente.

NOTA 56

Antibiotici per continuità ospedale-territorio - aztreonam - ertapenem - imipinem+ cilastatina - meropenem - rifabutina - teicoplanina	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata al trattamento iniziato in ambito ospedaliero ed al successivo utilizzo in ambito territoriale da parte del Medico di Medicina Generale per garantire la continuità terapeutica.</i></p> <p>La prescrivibilità esclusiva in ambito ospedaliero è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi. 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.</p>
--	---

Motivazioni e criteri applicativi

La nota riguarda antimicrobici di impiego selettivo in determinate affezioni critiche. In particolare: 1) farmaci a spettro antibatterico limitato (teicoplanina, rifabutina); 2) farmaci efficaci verso i soli gram-negativi "difficili", simili, nei riguardi di questi, alle cefalosporine di III e IV generazione (aztreonam); 3) carbapenemici (ertapenem, imipenem+cilastatina, meropenem) da riservare alla terapia mirata dei casi più critici.

L'obiettivo della nota è di conservare a tali antibiotici, con una prescrizione inizialmente ospedaliera confortata da adeguate indagini microbiologiche, la loro pienezza di azione antibatterica, evitando il più possibile l'insorgenza di resistenze.

Le motivazioni da cui ha origine la nota 56 si basano pertanto non solo sulla criticità d'uso clinico degli antimicrobici in essa compresi, ma anche su rilevanti aspetti medico-sociali a tutela della salute pubblica, per il costante aumento di resistenza verso gli antimicrobici, legato ad un impiego spesso indiscriminato e non selettivo. Attualmente, il problema di assicurare un uso sempre più mirato degli antimicrobici per controllare l'insorgere delle resistenze, viene riconosciuto a livello internazionale come una vera e propria emergenza sanitaria.

La nota 56 garantisce di fatto la possibilità di proseguire, qualora necessario, a livello domiciliare ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale, una terapia antimicrobica mirata e specifica prescritta in ambito ospedaliero, previa individuazione della patologia, assicurando in modo concreto la continuità assistenziale ospedale-territorio.

NOTA 57

Antiemetici (antagonisti dei recettori serotoninergici) - dolasetron - granisetron - ondansetron - tropisetron	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alla prevenzione e al trattamento di nausea e vomito (secondo le indicazioni e le limitazioni per età, previste dalle schede tecniche) secondari a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chemioterapia emetizzante; - radioterapia emetizzante (<i>total body irradiation</i> e sull'addome, entro 24 h dall'ultima applicazione). <p>La prescrizione degli antiemetici non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--	---

Motivazioni e criteri applicativi

-Trattamento e prevenzione della nausea e del vomito indotti da chemioterapia.

Gli antagonisti dei recettori serotoninergici (5-HT₃) sono indicati nel trattamento della nausea e del vomito indotti da chemioterapia. La concomitante somministrazione di desametasone ne migliora l'efficacia proteggendo fino al 90% dei pazienti della comparsa di nausea/vomito acuto (entro 24 ore dopo la chemioterapia). L'efficacia si riduce (40-60%) quando il trattamento viene effettuato in pazienti con vomito tardivo (cioè che compare da almeno 24 ore sino a 5 giorni dopo chemioterapia) che beneficia maggiormente dell'associazione di steroidi e metoclopramide (1). Nel trattamento preventivo per l'adulto non emergono differenze di efficacia tra i principi attivi e la scelta dovrebbe basarsi sul profilo di tollerabilità e il costo di ciascuno di essi.

- Trattamento dell'emesi da radioterapia.

Granisetron e ondansetron, si sono dimostrati efficaci nel controllare il vomito indotto dalla irradiazione sul corpo intero ("total body irradiation", TBI) (2) e sull'addome (3-6). Tuttavia in caso di radioterapia e frazioni abituali sull'addome la somministrazione di desametasone sembra essere sufficiente (7). Inoltre, non c'è evidenza che la terapia antiemetica sia efficace dopo 24 ore dall'ultima applicazione di radioterapia.

NOTA 66

<p>FANS non selettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aceclofenac - acetametacina - acido mefenamico - acido tiaprofenico - amtolmetina - cinnoxiam - dexibuprofene - diclofenac - diclofenac + misoprostolo - fentiazac - flurbiprofene - furprofene - ibuprofene - indometacina - ketoprofene - lornoxicam - meloxicam - nabumetone - naprossene - nimesulide - oxaprozina - piroxicam - proglumetacina - sulindac - tenoxicam <p>COXIB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - celecoxib - etoricoxib - valdecoxib 	<p><i>La prescrizione dei FANS non selettivi a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni patologiche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - artropatie su base connettivitica; - osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - dolore neoplastico; - attacco acuto di gotta. <p><i>La prescrizione dei COXIB (FANS inibitori selettivi della ciclo-ossigenasi 2) a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>trattamento dei sintomi algici e infiammatori in pazienti affetti da osteoartrosi o artrite reumatoide ad alto rischio per complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore (emorragie, perforazioni, ostruzione pilorica) ove trattati cronicamente con FANS non selettivi (vedi anche nota 1).</p> <p>L'associazione dei COXIB con gli inibitori di pompa o con misoprostolo non è rimborsato dal SSN (vedi anche nota 1).</p> <p>Ritirato dal commercio<</p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

FANS

In dosi singole, i FANS hanno attività analgesica paragonabile a quella del paracetamolo. In dosi adeguate e per somministrazioni ripetute hanno effetto analgesico protratto e attività antinfiammatoria, proprietà che li rendono particolarmente efficaci per il dolore continuo associato a flogosi.

I FANS sono gravati da una incidenza di effetti gastrointestinali sfavorevoli (ulcera peptica e sue complicanze; emorragie). Il rischio di ospedalizzazione per una complicanza grave e potenzialmente fatale è stimato fra l'1 e il 2% per anno (1). Questa incidenza aumenta nei soggetti a rischio, come specificato nella nota 1. Per questo motivo uno dei FANS in nota associa come gastroprotettore il misoprostolo e, pertanto, va riservato ai pazienti a rischio. I FANS possono inoltre ridurre l'efficacia degli antipertensivi e dei diuretici, e, in soggetti predisposti e in associazione con altri farmaci nefrolesivi, determinare o aggravare insufficienza renale.

COXIB (1)

Due sono gli studi clinici fondamentali che hanno esaminato comparativamente efficacia e tollerabilità dei due COXIB oggi disponibili: lo studio CLASS (2), che ha comparato il celecoxib con ibuprofen e diclofenac, e lo studio VIGOR (3), che ha comparato rofecoxib con naprossene. Ambedue i COXIB, secondo il parere dei ricercatori, hanno dimostrato una efficacia analoga e una minore tossicità gastrointestinale rispetto ai FANS non selettivi prescelti. Purtroppo entrambi gli studi presentano problemi di interpretazione che mettono in discussione questa conclusione. Lo studio CLASS è stato criticato per il modo con il quale è stato condotto ed ha analizzato i dati. Non solo, ma l'obiettivo dello studio, che era quello di dimostrare per il celecoxib una minore gastrolesività rispetto ai FANS tradizionali, è di fatto fallito, essendo l'incidenza di ulcere complicate (l'*end-point* principale dello studio) analoga per i due trattamenti. Nello studio VIGOR, invece, pur dimostrando il rofecoxib una minore incidenza di

effetti indesiderati gastro duodenali (l'*end-point* primario combinato era costituito dalla incidenza complessiva di ulcere complicate e ulcere sintomatiche) rispetto al naprossene, si riscontrava un inaspettato ma significativo aumento di eventi trombotici cardiovascolari gravi nei pazienti trattati con rofecoxib. I risultati degli studi CLASS e VIGOR hanno stimolato l'esecuzione di numerosi altri studi volti a chiarire il rapporto beneficio/rischio dei COXIB. In particolare su due aspetti fondamentali: la reale minore gastrolesività e la possibile maggiore tossicità cardiovascolare rispetto ai FANS tradizionali.

La selettività per la COX-2, infatti, potrebbe essere un'arma a doppio taglio. Potrebbe da un lato garantire una riduzione del rischio di tossicità gastrointestinale, ma di converso essere anche responsabile di un incremento della frequenza di fenomeni tromboembolici e/o della mortalità totale, vista la più alta prevalenza degli eventi cardiovascolari rispetto a quelli gastrointestinali gravi (4).

Per quanto attiene la dimostrazione di una minore gastrolesività da parte dei COX-2 inibitori selettivi, vanno considerati due studi recenti.

Il primo (5) è una revisione sistematica di 9 studi clinici (durata > 12 settimane) che hanno paragonato il celecoxib con i FANS non selettivi. I pazienti trattati con celecoxib hanno mostrato una minore incidenza di interruzioni del trattamento dovute a sintomi gastrointestinali rispetto a quelli trattati con FANS tradizionali (6,2% vs 23%), ma tale vantaggio non veniva confermato se si consideravano tutte le cause di interruzione del trattamento. Ancora, i pazienti trattati con celecoxib presentavano una minore incidenza di ulcere gastro-duodenali rilevate routinariamente all'endoscopia eseguita alla fine delle 12 settimane di trattamento. Detta incidenza risultava essere del 6,2% dei pazienti trattati con celecoxib, del 12,0% nei pazienti trattati con celecoxib + aspirina, del 25,0% nei pazienti trattati con FANS tradizionali e del 26,0% nei pazienti trattati con FANS tradizionali più aspirina. L'incidenza delle gravi complicanze (emorragia, perforazione, ostruzione) era, invece, analoga tra i pazienti trattati con celecoxib (2,7%) e quelli che utilizzavano ibuprofen o diclofenac (5,0%) dimostrando così come la scelta dell'*end-point* terapeutico sia fondamentale per valutare correttamente comparativamente questi farmaci.

Il secondo (6) è uno studio osservazionale sulle emorragie gastrointestinali occorse in oltre 40.000 pazienti anziani trattati con FANS non selettivi o selettivi e 100.000 controlli. Rispetto ai controlli non utilizzatori di FANS, lo studio dimostra un aumentato rischio di emorragie gastrintestinali nei pazienti trattati con FANS non selettivi (RR 4,0), diclofenac + misoprostolo (RR 3,0) e rofecoxib (RR 1,9) ma non con celecoxib (RR 1,0).

I risultati di questi due studi sembrano confermare il dato che i COX-2 inibitori selettivi presentano una minore gastrolesività rispetto ai FANS tradizionali, ma anche che tale migliore tollerabilità è dimostrata solo quando si considerano *end-point* combinati (ulcere endoscopiche e sintomatiche). Mancano dati certi su una minore incidenza di ulcere complicate (emorragia, perforazione, ostruzione), il parametro di valutazione più rilevante. Inoltre, non è chiaro se questa migliore tollerabilità possa essere mantenuta nei pazienti in trattamento con ASA, evenienza necessaria e frequente nella fascia di pazienti ai quali viene prescritto un FANS. Quello che è certo è che la selettività per la COX-2 non è una garanzia di una minore gastrolesività. In uno studio recente su pazienti che avevano presentato un sanguinamento gastrico da FANS la ricorrenza di un episodio emorragico si è verificata nel 4,9% di pazienti trattati con celecoxib e nel 6,4% di quelli trattati con diclofenac + omeprazolo, una differenza statisticamente non significativa (7).

Per quanto attiene al possibile rischio di un incremento di eventi trombotici vascolari nei pazienti in trattamento con COXIB, in particolare con il rofecoxib, i dati disponibili sono ancora incompleti e controversi (8-11).

L'incremento degli eventi avversi cardiovascolari riscontrati nello studio VIGOR può essere casuale o attribuibile ad un effetto cardio-protettivo del naprossene o ad un effetto protrombotico vero e proprio del rofecoxib. Quest'ultimo meccanismo potrebbe risultare plausibile, in quanto i COX-2 inibitori selettivi agiscono inibendo la sintesi delle prostaciline nella parete vascolare ma non quella del trombossano a livello piastrinico, causando così uno slittamento della bilancia emostatica verso uno stato protrombotico.

Va infine tenuto presente come i COXIB possano incrementare la pressione arteriosa sistemica e quindi aumentare nel lungo termine il rischio cardiovascolare.

Non vi sono differenze sostanziali nel profilo di sicurezza tra FANS non selettivi e COX-2 inibitori selettivi in merito alla potenziale nefrotossicità e agli altri eventi avversi.

A fronte di queste ancora numerose incertezze, il profilo della sicurezza a lungo termine dei COX-2 inibitori selettivi appare ancora poco chiaro. Risulta prudente perciò riservarne l'impiego al trattamento di pazienti che sono ad "alto rischio" per effetti avversi gravi gastrointestinali e che non sono a rischio cardiovascolare elevato. Questo in attesa che studi di grandi dimensioni randomizzati di confronto tra i vari farmaci, aventi come *end-point* terapeutici significativi l'incidenza delle ulcere complicate e degli eventi trombotici gravi cardiovascolari possano chiarire il reale rapporto rischio/beneficio di questi farmaci, che rimane a tutt'oggi ancora incerto (12).

Il 30 settembre 2004 la Merck Sharp & Dohme ha ritirato dal commercio in tutto il mondo il rofecoxib. Tale decisione è stata assunta a seguito dell'interruzione prematura di uno studio clinico randomizzato sull'efficacia da parte del rofecoxib nella prevenzione delle poliposi benigne del colon (studio APPROVe). Lo studio è stato interrotto a seguito del riscontro, nei pazienti trattati con rofecoxib, di un aumento dell'incidenza (per un fattore di 3,9) di gravi effetti indesiderati di natura tromboembolica (ictus e IMA) rispetto ai pazienti trattati con placebo.

Alla luce di quanto sopra esposto appare chiaro come i dubbi avanzati sul profilo di sicurezza cardiovascolare del rofecoxib (e degli altri COXIB) appaiano tutt'altro che infondati e richiedano un riesame complessivo del rapporto beneficio/rischio di tutti i COXIB.

Rimane ancora aperta la questione se il rischio di complicanze cardiovascolari sia un effetto di classe correlato al meccanismo d'azione di questa categoria di farmaci.

NOTA 74

<p>Farmaci per l'infertilità femminile e maschile:</p> <p>follitropina α da DNA ricombinante</p> <p>follitropina β da DNA ricombinante</p> <p>menotropina</p> <p>urofollitropina</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • trattamento dell'infertilità maschile:
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

L'infertilità di coppia è un problema di vaste proporzioni che coinvolge anche in Italia decine di migliaia di persone. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima intorno al 15-20% le coppie con problemi di fertilità nei paesi industriali avanzati.

L'infertilità di coppia è legata, nel 35% circa dei casi, al fattore femminile, nel 30% al fattore maschile; nel 20% dei casi si rilevano problemi in ambedue i partner e nel 15% dei casi l'infertilità rimane sconosciuta (infertilità inspiegata). Le alterazioni dei fenomeni fisiologici dell'ovulazione rappresentano un'importante causa di infertilità di coppia (18-25% dei casi). L'individuazione dell'ovulazione in queste donne è finalizzata ad indurre lo sviluppo follicolare e la conseguente ovulazione.

Il trattamento dell'infertilità femminile con gonadotropine è pertanto consigliato nelle diverse condizioni patologiche di cicli anovulari. L'indicazione all'uso delle gonadotropine si è notevolmente ampliata negli ultimi decenni, in quanto, oltre a situazioni patologiche di infertilità, le gonadotropine vengono utilizzate anche in donne normo-ovulanti sottoposte ad iperstimolazioni ovariche controllate necessarie al ripristino della fertilità mediante tecniche di procreazione medicalmente assistita (FIVET, ICS)

Sulla base dei dati di letteratura ed al fine di evitare l'iperstimolazione ovarica, viene suggerito di non superare il dosaggio massimo complessivo di 12.600 UI/paziente diviso in due o più cicli non superando il dosaggio massimo di 6.300 UI/ciclo nella donna. Nell'infertilità maschile si suggerisce di non superare il dosaggio massimo, per singola prescrizione, di 150 UI di FSH 3 volte alla settimana per 4 mesi. Se dopo trattamenti con tali dosi non si ottiene un risultato positivo (nel trattamento dell'infertilità), eventuali nuovi trattamenti possono comportare rischi superiori ai risultati attesi.

Il trattamento con gonadotropine se effettuato con dosi impropri ed elevate, può essere responsabile:

- a) della cosiddetta sindrome da iperstimolazione ovarica, con passaggio di liquido nello spazio peritoneale e conseguenti ipovolemia, oliguria, emocoagulazione, ascite massiva, eventualmente emoperitoneo, shock anche ad esito letale;
- b) di eventi tromboembolici in concomitanza o indipendenti dalla suddetta sindrome a carico di organi critici (cervello, polmone e delle estremità)
- c) di complicazioni polmonari (atelettasia, dispnea, tachipnea, sindrome della insufficienza respiratoria acuta), oltre a cisti ovariche, torsione degli annessi, forti caldane, reazioni febbrili, nausea, crampi addominali, meteorismo, gravidanze ectopiche e multiple.

Nei casi di iperstimolazione ovarica sono infine controindicati i rapporti sessuali, per il rischio di insorgenza di gravidanze plurime.

Le gonadotropine follicolostimolanti attualmente in uso si possono ricondurre a due gruppi:

- gonadotropine di origine estrattiva urinaria;
- gonadotropine ricombinanti prodotte mediante transfezione della linea cellulare ovarica di criceto cinese con plasmidi contenenti le due sub unità geniche che codificano per l'FSH.

Gli studi di confronto tra FSH ricombinante ed urinario sono stati oggetto di consistenti metanalisi nonché di numerosi studi farmaco – economici; tuttavia, le conclusioni in termini di evidenze certe di maggior efficacia sono attualmente ancora contrastanti.

L'infertilità maschile ha diverse cause, spesso difficilmente diagnosticabili e soltanto in alcuni casi di alterazione della spermatogenesi (ipogonadismo ipo – o normo – gonadotropo) esiste un razionale per un intervento terapeutico efficace con gonadotropine.

Nell'uomo la somministrazione di gonadotropine provoca ginecomastia, dolore al seno, mastite, nausea, anomalia delle frazioni lipoproteiche, aumento nel sangue degli enzimi epatici, eritrocitosi.

NOTA 75

Farmaci per la disfunzione erettile: alprostadil	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> lesioni permanenti del midollo spinale e compromissione della funzione erettile. <p>La rimborsabilità è limitata ad alprostadil in quanto efficace nella patologia indicata, per meccanismo di azione e modalità di somministrazione.</p>
--	--

Motivazioni e criteri applicativi

Pur nel massimo rispetto delle norme sulla riservatezza dei dati personali dei propri assistiti, il medico prescrittore deve essere sempre in grado di documentare ai servizi delle ASL che ne facessero richiesta che le prescrizioni del farmaco sono indirizzate a soggetti con lesioni permanenti del midollo spinale con compromissione della funzione erettile.

La rimborsabilità è limitata ad alprostadil, in quanto efficace nella patologia indicata per meccanismo di azione e modalità di somministrazione.

NOTA 76

Sali di ferro: ferrico gluconato ferromaltoso ferroso gluconato	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, in situazioni di carenza documentata, è limitata alle seguenti categorie di pazienti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bambini di età < 3 aa; - donne in gravidanza; - anziani (>65 anni). <p>La prescrizione dei sali di ferro non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
--	--

NOTA 78

<p>Colliri anti-glucoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apraclonidina - brimonidina - brinzolamide - dorzolamide - latanoprost - travoprost - bimatoprost - dorzolamide + timololo - latanoprost + timololo 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p><i>in monoterapia:</i></p> <p style="padding-left: 20px;">nel trattamento del glaucoma in pazienti per i quali i β-bloccanti sono inefficaci o controindicati;</p> <p><i>in associazione:</i></p> <p style="padding-left: 20px;">nei pazienti per cui la monoterapia risulti terapeuticamente insufficiente.</p> <p>Il trattamento a base di β-bloccanti va considerato di prima scelta, seguito, ove necessario, dalla monoterapia con uno dei principi attivi elencati e/o dalla terapia associata.</p>
--	--

Motivazioni e criteri applicativi

La moderna strategia della terapia del glaucoma cronico semplice ad angolo aperto, come suggerita dall'European Glaucoma Society (EGS), prevede l'impiego di un farmaco in monoterapia per il raggiungimento della *target pressure* individuata per ciascun paziente. Se il primo farmaco usato non è efficace nel ridurre la pressione intraoculare o se non è tollerato, si sostituisce con un altro farmaco. Se invece il primo farmaco è ben tollerato ed efficace, ma non sufficiente a raggiungere la *target pressure*, le linee guida prevedono l'aggiunta di un altro farmaco a quello in uso. Questi concetti sono ribaditi anche nelle linee-guida dell'American Academy of Ophthalmology (AAO).

Inoltre, nel proseguimento con la terapia, in caso di progressione dei danni al nervo ottico ed al campo visivo la *target pressure* dovrebbe essere rivalutata; ulteriori aggiustamenti della *target pressure* potrebbero essere presi in considerazione se il paziente è rimasto stabile per almeno cinque anni o in presenza di effetti collaterali.

NOTA 79

<p>Bifosfonati: ac. alendronico ac. risedronico raloxifene</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN per il trattamento delle lesioni osteoporotiche è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne in post-menopausa con pregresse fratture vertebrali [riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale] o del femore non dovute a traumi efficienti: ac. alendronico, ac. risedronico, raloxifene;</p> <p>profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini con pregresse fratture vertebrali [riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale] o del femore non dovute a traumi efficienti: ac. alendronico;</p> <p>profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne o uomini in trattamento da almeno 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi, con pregresse fratture vertebrali [riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale] o del femore non dovute a traumi efficienti: ac. alendronico, ac. risedronico;</p> <p>profilassi primaria di fratture osteoporotiche in donne in menopausa o uomini di età > 50 aa in trattamento da almeno 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi: ac. alendronico, ac. risedronico.</p> <p>In tutte le indicazioni è raccomandata la somministrazione associata di calcio e vitamina D. Va, inoltre, sottolineata la necessità di effettuare un adeguato esercizio fisico e di modificare le condizioni ambientali ed individuali favorevoli i traumi per la prevenzione delle fratture. Non deve essere dimenticato, infine, che tutti e tre i principi attivi non sono privi di effetti collaterali anche gravi, dei quali bisogna tenere conto nella valutazione complessiva della terapia.</p> <p>La prescrizione dei bifosfonati e raloxifene non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</p>
---	---

Motivazioni e criteri applicativi

- *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne in post-menopausa.*
Per ognuno dei tre farmaci è documentata l'efficacia nel ridurre l'incidenza di fratture post-menopausali (1-8). L'entità di questo effetto, espressa nel numero di donne da trattare per 3 anni per evitare una frattura vertebrale (*Number Needed to Treat*, NNT), è compresa fra 10 e 20; l'effetto è più modesto per le fratture non vertebrali e per quelle del femore. L'utilità di questi farmaci per la prevenzione di fratture in donne con osteoporosi ma senza fratture pregresse è fortemente limitata dalla minore frequenza di fratture (NNT~100) e dalle riserve sull'accuratezza della densitometria minerale ossea come singolo indicatore del rischio di fratture (9-11). Va ricordato inoltre che per la prevenzione delle fratture, e particolarmente quelle del femore, sono necessari anche provvedimenti non farmacologici, come l'esercizio fisico, un ambiente che minimizzi il rischio di traumi (12, 13) ed un adeguato apporto dietetico di calcio e vitamina D.
- *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini.*
L'efficacia è stata valutata in un trial controllato e randomizzato per il solo alendronato (14), al quale pertanto si riferisce la nota. Il numero dei pazienti del trial (241) non era calcolato per valutare gli effetti del trattamento sulle fratture osteoporotiche. L'efficacia per la prevenzione delle fratture è quindi in parte surrogata dai dati sulla massa ossea.
- *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne o uomini trattati per più di 3 mesi con più di 5 mg/die di prednisone.*
Effetti favorevoli dei bifosfonati sulla densità minerale ossea sono stati rilevati in più *trial* randomizzati. L'efficacia per la prevenzione delle fratture vertebrali (ma non delle fratture non vertebrali) è stata dimostrata in un *trial* randomizzato per il risedronato (15) e, più recentemente, per l'alendronato (16), mentre un *trial* con etidronato (17) aveva ottenuto una riduzione di fratture statisticamente non significativa. In questi e in altri studi, l'esposizione ai corticosteroidi, che induce il rischio di osteoporosi clinicamente significativa e di conseguenti fratture osteoporotiche, è generalmente stimata in 7,5 mg/die o più di prednisone o equivalenti per 6 o più mesi. È importante l'osservazione che gli effetti favorevoli dei bifosfonati sulle fratture e sulla densità minerale ossea sono più evidenti nelle donne in post-menopausa.

Mentre alendronato e risedronato appartengono entrambi alla classe dei bifosfonati, il raloxifene è un modulatore dei recettori estrogenici. Esso associa agli effetti sull'osso quello di ridurre fattori aterogeni come il colesterolo e le lipoproteine LDL (4-6); non è ancora noto se quest'effetto su indicatori biochimici si traduca in una riduzione di eventi cardiovascolari (infarto del miocardio, altri).

I tre farmaci della nota non sono privi di effetti indesiderati: l'alendronato può causare o accentuare esofagite (18,19) particolarmente in donne con reflusso gastro-esofageo o alterata motilità esofagea o che assumono FANS o che sono incapaci di seguire le raccomandazioni del foglietto illustrativo (compressa presa a digiuno con abbondante acqua, posizione eretta o seduta per almeno trenta minuti). Secondo i dati riportati in alcuni piccoli *trial* pubblicati in abstract e un *trial* comparativo su 515 donne (20), il risedronato risulterebbe meglio tollerato. È tuttavia necessario tener presente che i danni esofagei da alendronato non emergono dai *trial*, ma dalla più estesa e meno controllata esperienza post-commercializzazione. Gli effetti indesiderati del raloxifene sono correlati al suo meccanismo d'azione: effetti minori sono le vampate di calore, crampi alle gambe, edema periferico. L'effetto indesiderato più serio, peraltro comune agli estrogeni, è rappresentato dall'incidenza di tromboembolia venosa, che era dell'1% nelle donne trattate e dello 0,3% nelle donne che ricevevano un placebo (4, 5).

NOTA 79 BIS

<p>Ormoni paratiroidei: teriparatide</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre due volte (per un totale complessivo di 18 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Provincie autonome di Trento e Bolzano è limitata a pazienti che:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - subiscono una ulteriore frattura vertebrale o di femore non dovuta a traumi efficienti in corso di trattamento consolidato, da almeno 1 anno con alendronato, risedronato e raloxifene.
--	---

NOTA 82

<p>Antileucotrienici: - montelukast - zafirlukast</p>	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>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;</p> <p>nella profilassi dell'asma da sforzo.</p> <p>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 β-2 agonisti a lunga durata d'azione, seguiti, come seconda scelta, dagli antileucotrienici.</p>
---	--

Motivazioni e criteri applicativi

Nei pazienti affetti da asma lieve-moderata persistente non controllata da steroidi inalatori, è preferibile aggiungere un farmaco di seconda linea (beta-2 inalatori a lunga durata d'azione, teofillina o antagonisti dei leucotrieni) piuttosto che aumentare le dosi di steroide inalatorio (1). Fra queste terapie di seconda linea, i beta-2 inalatori a lunga durata d'azione costituiscono i farmaci di prima scelta. Gli antagonisti dei leucotrieni costituiscono farmaci di seconda linea, da aggiungere quindi agli steroidi inalatori e ai β -2 stimolanti, quando tale associazione non sia sufficiente a controllare la sintomatologia o per mantenere il controllo con dosaggio ridotto di steroide inalatorio in pazienti con asma persistente di moderata entità (2-4). Gli steroidi per via inalatoria sono i farmaci di prima linea e di prima scelta nel trattamento dell'asma lieve persistente, ma, quando inefficaci o non tollerati, possono essere sostituiti, come seconda scelta, dagli antagonisti dei leucotrieni. Questi ultimi invece sono sconsigliati nell'asma grave persistente in quanto non efficaci (5) e potenzialmente associati allo sviluppo di complicanze quali la sindrome di Churg-Strauss (6). Gli antagonisti dei leucotrieni sono inoltre consigliati come farmaci di prima scelta nella profilassi dell'asma da sforzo in alternativa ai beta-2 stimolanti a breve o lunga durata d'azione o ai cromoni (1, 7, 8).

NOTA 83

Lacrime artificiali	<i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</i>
	trattamento sintomatico dei pazienti affetti da malattia di Sjögren o fenomeno di Sjögren (<i>sindrome secca</i> in corso di patologia autoimmune), poiché non sono disponibili terapie a carattere curativo. La prescrizione delle lacrime artificiali non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.

Motivazioni e criteri applicativi

La terapia della malattia di Sjögren o fenomeno di Sjögren (*sindrome secca* in corso di patologia autoimmune) è attualmente solo sintomatica ed è diretta alla riduzione delle manifestazioni di insufficienza esocrina. La correzione della secchezza oculare può essere effettuata con sostanze di natura diversa, per le quali esista una dimostrazione clinica di efficacia.

NOTA 84

Farmaci attivi sui virus erpetici: aciclovir brivudin famciclovir valaciclovir	<i>La prescrizione a carico del SSN in soggetti immunocompetenti è limitata alle seguenti condizioni:</i>
	<p>Virus Herpes Simplex:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Virus Varicella-Zoster:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trattamento della varicella: aciclovir; - trattamento delle infezioni da H. Zoster cutaneo: aciclovir, famciclovir, valaciclovir, brivudin.
	La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompetenti (v. Herpes Labialis).

Motivazioni e criteri applicativi

La terapia dell'*Herpes simplex* a localizzazione genitale persegue essenzialmente quattro scopi:

- ridurre la durata delle lesioni mucocutanee;
- ridurre il dolore associato alle lesioni;
- prevenire le complicanze (encefalite, radicolite);
- ridurre lo *shedding* virale riducendo così la trasmissione.

L'aciclovir è il farmaco di riferimento per la terapia dell'*Herpes simplex* a localizzazione genitale, il primo ad essere introdotto negli anni '80, con dimostrata superiorità sul placebo (1).

Valaciclovir e famciclovir sono farmaci più recenti, per i quali è dimostrata una efficacia pari all'aciclovir (2) in studi controllati comparativi con l'aciclovir stesso (mentre non esistono *trial* comparativi tra i due).

Gli schemi raccomandati di terapia sono:

prima infezione:

- aciclovir: 400 mg x 3 / die per 7-10 gg;
- valaciclovir: 500 mg x 2 / die per 7-10 gg;
- famciclovir 250 mg x 3 / die per 7-10 gg;

recidive:

- aciclovir: 400 mg x 3 / die per 5 gg;
- valaciclovir: 500 mg x 2 / die per 3 gg (*);
- famciclovir 250 mg x 2 / die per 5 gg.

(*) Un recente studio ha dimostrato l'equivalenza dei trattamenti per 3 vs 5 gg (3).

In modo analogo, esistono *trial* che dimostrano l'efficacia di aciclovir vs placebo per la profilassi delle recidive dell'Herpes genitale, così come l'equivalenza di valaciclovir e famciclovir con l'aciclovir (4). Gli scopi della profilassi dell'Herpes genitale sono:

- ridurre il numero delle recidive;
- ridurre la severità delle recidive;
- migliorare la salute psico-sociale del soggetto affetto;
- ridurre lo *shedding* virale asintomatico riducendo così la trasmissione (fino all'80% delle nuove infezioni erpetiche sono acquisite da fonte asintomatica).

Gli schemi raccomandati di profilassi sono (in genere per 9 mesi, ripetibile):

- aciclovir: 400 mg x 2 / die;
- valaciclovir: 500-1000 mg / die;
- famciclovir 250 mg x 2 / die.

Il vantaggio di famciclovir e valaciclovir rispetto ad aciclovir è nella posologia, con un minor numero di assunzioni giornaliere e/o giorni di trattamento.

Per quanto concerne la terapia della varicella, l'aciclovir è il farmaco di riferimento, il primo ad essere introdotto negli anni '80 (5). Non vi sono studi clinici controllati dell'equivalenza di valaciclovir e famciclovir con aciclovir. Questi ultimi due farmaci non sono autorizzati per il trattamento della varicella.

Per la terapia dell'*Herpes zoster*, invece, l'aciclovir non è più generalmente considerato il farmaco di riferimento, sebbene l'efficacia rispetto al placebo rimanga confermata (5). Valaciclovir risulta infatti più efficace di aciclovir nell'accorciamento della durata del dolore associato alle lesioni cutanee e nella riduzione della neurite post-erpetica (6).

Famciclovir è equivalente ad aciclovir in termini di risoluzione delle lesioni cutanee e del dolore associato (7).

Valaciclovir e famciclovir sono stati comparati tra loro e giudicati equivalenti nel tempo di risoluzione del dolore e nella prevenzione della neuropatia post-erpetica in uno studio controllato (8).

Brivudin è un analogo nucleosidico pirimidinico (a differenza di aciclovir che è un analogo nucleosidico purinico) registrato per la sola indicazione dell'infezione da *Herpes Zoster*.

Gli studi registrativi di Brivudin dimostrano una riduzione statisticamente significativa (da 17 a 13 ore rispetto all'aciclovir) del tempo di eruzione di nuove lesioni vescicolose da VZV (9). Il tempo di crostizzazione delle lesioni e di scomparsa del dolore associato alla fase acuta sono simili per brivudin e aciclovir. È, inoltre, suggerita la possibile riduzione dell'incidenza (ma non della durata) delle lesioni vescicolose. Uno studio ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa della neurite post-erpetica (PHN) in soggetti trattati con brivudin vs aciclovir (10).

Gli schemi raccomandati di terapia sono:

- aciclovir: 800 mg x 5 / die;
- valaciclovir: 1000 mg x 3 / die;
- famciclovir 250 - 500 mg x 3 / die;
- brivudin 125 mg x 1 / die.

La gengivostomatite erpetica è la più comune manifestazione clinica dell'infezione primaria da HSV-1 in età pediatrica. Sebbene si tratti di una malattia autolimitantesi, essa ha un decorso di 10-14 giorni e determina difficoltà alla alimentazione e reidratazione che spesso conducono all'ospedalizzazione. In uno studio controllato in bambini di età compresa fra 1 e 6 anni il trattamento con aciclovir ha dimostrato più precoce scomparsa delle lesioni e dei sintomi, riduzione del tempo di viral shedding, basso tasso di ricorrenze, assenza di eventi avversi rispetto al placebo (11).

NOTA 85

Farmaci per Alzheimer (inibitori dell'acetilcolinesterasi): donepezil galantamina rivastigmina	<p>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) individuate dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano, è limitata ai pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato.</p> <p>Alle UVA è affidato il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE.</p> <p>Il piano terapeutico deve essere formulato sulla base della diagnosi iniziale di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato.</p> <p>La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:</p> <ul style="list-style-type: none">• a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico;• a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico;• ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.
--	---

Motivazioni e criteri applicativi

La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari :

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico;
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità; la decisione sulla eventuale prosecuzione del trattamento oltre i tre mesi dovrà essere basata sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite il MMSE e l'esame clinico; l'andamento clinico nei primi mesi di terapia è fortemente indicativo dell'andamento a più lungo termine; nell'ambito del progetto Cronos il 55% dei pazienti rispondenti a 3 mesi (intesi come coloro che hanno avuto una variazione del MMSE di almeno 2 punti) mantengono poi la risposta a 9 mesi, mentre solo il 6% dei pazienti non rispondenti a 3 mesi presenta successivamente una risposta a 9 mesi;
- ripetuta ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.

In aggiunta a ciò è opportuno ricordare che il trattamento deve essere interrotto nel caso di scarsa tollerabilità o scarsa compliance e in tutti i casi in cui, secondo il giudizio dell'unità valutativa, il beneficio clinico sia insufficiente per giustificare una continuazione della terapia. Il trattamento deve essere, comunque, interrotto quando il punteggio MMSE abbia raggiunto un valore uguale o inferiore a 10.

Le Unità di Valutazione Alzheimer dovranno garantire :

- la capacità di valutare il paziente con disturbi cognitivo-comportamentali seguendo un percorso diagnostico strutturato;
- la capacità di mantenere un contatto ed una interazione costante con il medico di Medicina Generale in modo da assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria al paziente.

Criteri NINCDS-ADRDA per la diagnosi di probabile demenza di Alzheimer

a) Criteri che devono essere presenti contemporaneamente:

- demenza stabilita dall'esame clinico e documentata da test oggettivi (ad es. MMSE) e confermata dalla somministrazione di test neuropsicologici;
- deficit in due o più funzioni cognitive;
- progressivo deterioramento della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva;
- nessun disturbo della coscienza;
- comparsa tra i 40 e i 90 anni;
- assenza di altre patologie del SNC o malattie sistemiche che possano causare demenza.

b) Criteri a supporto della diagnosi:

- progressivo deterioramento di specifiche funzioni cognitive quali linguaggio (afasia), capacità motoria (aprassia) e percezione (agnosia);
- riduzione della indipendenza nello svolgimento delle attività quotidiane;
- storia familiare di disturbi simili;
- eventuale quadro di *neuroimaging* (ad es. atrofia cerebrale).

NOTA 87

Antispastici urinari: ossibutinina	<p><i>La prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- 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). <p><i>La prescrizione dell'ossibutinina non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.</i></p>
---------------------------------------	--

Motivazioni e criteri applicativi

In condizioni normali, la minzione ha inizio per contrazione del muscolo detrusore della vescica, mediata dall'innervazione colinergica, cui segue un rilasciamento dello sfintere urinario. In caso di instabilità del detrusore, contrazioni involontarie della vescica causano pollachiuria, bisogno impellente di urinare e incontinenza.

L'ossibutinina è un farmaco anticolinergico utilizzato nel trattamento della vescica iperattiva. L'ossibutinina determina un rilasciamento della muscolatura liscia vescicale, sia per la sua attività antimuscarinica sia per un effetto diretto sulla muscolatura liscia.

Molti studi clinici hanno dimostrato la reale efficacia dell'ossibutinina nel controllo della iperattività detrusoriale, inclusa l'iperreflessia. Il farmaco, riducendo efficacemente la frequenza della minzione, diminuisce il numero degli episodi di incontinenza e incrementa la capacità della vescica. Thuroff, et al. (1) hanno raccolto 15 studi clinici controllati e randomizzati su un totale di 476 pazienti trattati con ossibutinina. La riduzione media dell'incontinenza urinaria osservata in tali soggetti è stata circa il 52% e la riduzione media relativa alla frequenza della minzione nelle 24 ore è stata circa il 33%. In tale studio la compliance dei pazienti è stata del 97% e la comparsa di effetti collaterali (prevalentemente secchezza delle fauci) è stata osservata solo dell'8% (2). L'efficacia dell'ossibutinina è stata dimostrata anche per somministrazione intravesicale (3).

NOTA 88

Cortisonici per uso topico	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alla seguente condizione:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- pazienti affetti da patologie gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica).
----------------------------	---

NOTA 89

Antistaminici	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, è limitata alla seguente condizione:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- 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).
---------------	---

Motivazioni e criteri applicativi:

Le malattie allergiche costituiscono un serio problema sanitario sia per il costante e continuo incremento epidemiologico in Italia (i dati ISTAT si attestano attualmente sul 20% dell'intera popolazione) (1), sia per i risvolti farmaco-economici: i costi per il trattamento e le assenze lavorative e scolastiche (2, 3). Le forme perenni alterano significativamente la qualità di vita, addirittura tanto quanto l'asma lieve o moderata (4).

La rinite e la rinocongiuntivite allergica rappresentano il più importante fattore di rischio per lo sviluppo di asma bronchiale e spesso le due patologie sono associate. Un non adeguato trattamento delle vie aeree superiori comporta un insuccesso terapeutico nel paziente asmatico (5-7). Per questi motivi la rinite allergica deve essere considerata una patologia importante sia per le sue

caratteristiche di cronicità sia per il fatto di essere un fattore aggravante l'asma. A tale proposito deve essere sottolineato lo stretto legame esistente tra la rinite allergica e la patologia asmatica: questo nesso è talmente cruciale che l'OMS ha stilato un documento che valuta appunto l'impatto della rinite allergica sull'asma (ARIA Document "Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma") (8). Da tale documento emerge il concetto che la rinite allergica è caratterizzata da un processo infiammatorio strettamente dipendente dall'esposizione all'allergene causale, anche in assenza di sintomi. Si evince inoltre che un trattamento ottimale della rinite allergica può prevenire l'insorgenza di asma o migliorare l'asma coesistente (9). Il documento ARIA ha anche rivisitato la classificazione e i protocolli terapeutici della rinite allergica. La nuova classificazione è basata sulla durata dei sintomi e prevede due forme: intermittente e persistente. La seconda è caratterizzata dalla presenza di sintomi rinitici per più di quattro giorni alla settimana e per più di quattro settimane consecutive. A seconda dell'impatto sulle attività del soggetto, del senso di fastidio e delle ripercussioni sul sonno, la rinocongiuntivite allergica è riclassificata in base all'intensità dei sintomi in lieve e moderata grave. Il trattamento pertanto deve essere differenziato a seconda della forma e della gravità. Tale trattamento deve essere indirizzato verso obiettivi prioritari: l'antagonismo degli effetti indotti dai mediatori sugli organi bersaglio e la riduzione dell'accumulo delle cellule infiammatorie attivate (12, 13). In questa ottica, l'instamina costituisce il più importante mediatore patogenetico (14).

Gli antistaminici sono farmaci che esplicano il loro ruolo con differenti meccanismi tra i quali il principale è il blocco del recettore H1 per l'instamina. I farmaci di seconda generazione possiedono proprietà farmacologiche aggiunte che differiscono tra le diverse molecole (15- 20). In vitro sono in grado di bloccare il rilascio di mediatori da basofili e mastociti (21-26). Possono avere anche un effetto antinfiammatorio.

Gli antistaminici di seconda generazione si sono dimostrati più efficaci e accompagnati da minori effetti collaterali di sedazione rispetto a quelli di prima generazione, nonché da migliore *compliance* (monosomministrazione) (28- 32).

Nell'orticaria acuta e cronica sono efficaci sintomatici. Sono in grado di ridurre il numero, la dimensione e la durata delle lesioni cutanee negli episodi di orticaria (33-36). Nell'orticaria cronica si ottengono risultati migliori nella somministrazione continua rispetto a quella intermittente al bisogno (36). Nei casi di orticaria vasculitica la risposta agli antistaminici non è ottimale (31). Nella dermatite atopica non hanno effetto sul decorso della malattia (38, 39).

Le attuali evidenze non supportano l'uso di antistaminici nella terapia dell'asma (Gina 2001) (40). Gli antistaminici non sono indicati nel raffreddore comune sia in monoterapia sia associati a decongestionanti (Cochrane 2003) (41).

RICHIESTA CERTIFICATI

Si ricorda che, per il rispetto delle norme sulla privacy, l'Ordine rilascia i certificati di iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia fornita di specifica delega scritta e correlata da un documento di identità proprio dell'iscritto.

Gli iscritti sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamentele agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attecnersi ai dettami del Codice sulla privacy.

Si ricorda, inoltre, che gli iscritti si possono avvalere della possibilità di autocertificare i dati relativi all'iscrizione.

Tale autocertificazione deve contenere i dati anagrafici, l'albo di appartenenza, il numero d'ordine, l'anzianità di iscrizione e l'assenza di procedimenti disciplinari.

Si precisa che qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	CLASSIFICAZIONE AI FINI DELLA RIMBORSABILITA'	PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN	PRESCRIZIONE A CARICO DELL'ASSISTITO
TRIQUISIC 3 cerotti 20 mg 35 mcg/h TRIQUISIC 3 cerotti 30 mg 52,5 mcg/h TRIQUISIC 3 cerotti 40 mg 70 mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 20 mg 35 mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 30 mg 52,5mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 40 mg 70 mcg/h	BUPRENORFINA	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	Per tutte le altre indicazioni registrate. Ricetta non ripetibile da rinnovare di volta in volta. RMR .
CO EFFERALGAN 16 cpr 500 mg	CODEINA + PARACETAMOLO	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	Per tutte le altre indicazioni registrate. Ricetta Ministeriale Speciale (gialla). RMS
OXYCONTIN 28 cpr 10mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 10mg ril.prolungato flacone OXYCONTIN 28 cpr 20mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 20mg ril.prolungato flacone DEPALGOS 28 cpr 5mg+325mg DEPALGOS 28 cpr 10mg+325mg DEPALGOS 28 cpr 20mg+325mg TICINAN 20 cpr 10 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 30 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 60 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 100 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 200 mg cessione prolungata	OSSICODONE CLORIDRATO OSSICODONE + PARACETAMOLO MORFINA CLORIDRATO	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	Per tutte le altre indicazioni registrate. Ricetta Ministeriale Speciale (gialla). RMS
ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 200mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 400 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 600 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 800 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 1200 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 1600 mcg	FENTANYL CITRATO	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore episodico acuto grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	CLASSIFICAZIONE AI FINI DELLA RIMBORSABILITA'	PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN	PRESCRIZIONE A CARICO DELL'ASSISTITO
FORTRADOL 20 cps 50 mg FORTRADOL 100mg/ml gocce flacone 10 ml FORTRADOL 20 cpr 100 mg rilascio prolungato FORTRADOL 50mg/1ml sol.iniet. 5 fiale 1 ml FORTRADOL 100mg/2ml sol.iniet. 5 fiale 2 ml FORTRADOL 10 cpr 150 mg rilascio prolungato FORTRADOL 10 cpr 200 mg rilascio prolungato	TRAMADOLO	CLASSE A NOTA 3	NOTA 3 : La prescrizione a carico del SSN è LIMITATA ai pazienti affetti da dolore lieve e moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa.	Per tutte le altre indicazioni registrate.Ricetta non ripetibile, da rinnovare di volta in volta. RNR
CONTRAMAL 20 cps 50 mg				
CONTRAMAL flac 10 ml 100mg/ml				
CONTRAMAL 20 cpr 100 mg ril.prolungato				
CONTRAMAL 5 fiale 50 mg sol. iniet.				
CONTRAMAL 5 fiale 100 mg sol. iniet.				
CONTRAMAL-SR 10 cpr 150 mg a rilascio prolungato				
PRONTALGIN 1 flac.gtt 10 ml				
PRONTALGIN 5 fiale 100 mg 2 ml				
PRONTALGIN 20 cps 50 mg				
PRONTALGIN 20 cpr efferv 50 mg				
TRAMALIN 20 cpr 100 mg ril prolungato				
TRAMALIN 10 cpr 150 mg ril prolungato				
TRAMALIN 10 cpr 200 mg ril prolungato				
TRAMADOLO EG flac 10 ml 100 mg/ml				
TRAMADOLO EG flac.3x10 ml 100 mg/ml				
TRAMADOLO EG 5 fiale 2 ml sol iniet. 100mg/2ml				
TRAMADOLOEG 20 cps 50 mg				
TRALODIE 20 cps 100 mg ril prolungato				
TRALODIE 10 cps 150 mg ril prolungato				
TRALODIE 10 cps 200 mg ril prolungato				

L'esperienza del Tirocinio Pratico

Il Tutor valutatore nell'esame di stato

di Chiara Musio

Ci accingiamo a completare la seconda sessione degli esami di stato e vorrei portare avanti qualche riflessione.

Prima di tutto desidero ringraziare tutti i colleghi, medici ospedalieri, universitari e medici di medicina generale che hanno permesso la realizzazione del Tirocinio Pratico degli esami di stato.

Devo ringraziare soprattutto coloro che hanno partecipato al "Corso di formazione per medici Tutor (per la formazione pre laurea degli studenti e la valutazione dei neolaureati all'esame di stato)".

Tale corso ECM, organizzato dall'Ordine dei medici e dall'Università di Sassari, era rivolto a tutti i Tutor (ospedalieri, universitari e medici di medicina generale) e si avvaleva dell'esperienza di due colleghe di Modena, Maria Stella Padula e Licia Mantovani, e della professoressa Paola Binetti, presidente del Consiglio del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia del campus biomedico di Roma.

Il corso ha dovuto subire, in corso d'opera, alcune modifiche anche per l'arrivo posticipato della professoressa Binetti e per tale ragione si sono create delle situazioni in cui è stato necessario modificare il programma iniziale con ovvie difficoltà.

Difficoltà che, grazie ai partecipanti che le hanno intuite e accettate, sono state superate.

Attualmente alla luce delle esperienze di altre università, ma anche in considerazione che Sassari si è di-

stinta in Sardegna per le iniziative portate avanti per gli esami di stato (seminari etc), abbiamo pensato che sia opportuno arrivare alla creazione di un gruppo di lavoro regionale che analizzi in maniera positiva e propositiva le proposte emerse durante il corso insieme ai Tutor che si sono dichiarati interessati alla discussione delle problematiche del Tirocinio.

Comunque a parte le ragionevoli discussioni in relazione ad argomenti che hanno sottolineato le nuove problematiche dell'esame di stato, si può concludere che sarebbe necessario organizzare più frequentemente degli incontri fra le diverse figure mediche coinvolte nel Tirocinio Pratico degli esami di stato.

Spesso le difficoltà nascono proprio perché abbiamo scarsa possibilità di confronto e di condivisione di problemi che comunque sono sempre comuni fra tutti i medici.

Fare il Tutor nel Tirocinio Pratico degli esami di stato comporta senz'altro un grosso sacrificio in quanto è necessario sia "formare" il tirocinante che "valutarlo" con votazione finale e quindi assumersi una grande responsabilità.

Come i colleghi sanno, l'Ordine dei medici di Sassari ha chiesto che per ogni mese di tirocinio venissero concessi 10 crediti ECM.

Si attende una risposta dal ministero, anche dopo varie sollecitazioni, e comunque nessuno può negare che l'esperienza di Tutor è senz'altro positiva per tutti.

I questionari anonimi che i neolau-

reati hanno compilato alla fine della prova scritta, hanno segnalato l'importanza di effettuare tirocinii formativi pre-laurea soprattutto per quanto riguarda l'ambulatorio della medicina generale che è un setting nuovo per i neolaureati con problematiche totalmente diverse rispetto al setting del reparto.

Per tale ragione l'Ordine ha cercato di sopperire all'assenza di tirocinii formativi pre-laurea organizzando, con la dottoressa Lucia Carta e la dottoressa Maria Teresa Doddo del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL di Sassari, i seminari sulla ricettazione, note AIFA, prescrizione degli stupefacenti, farmacovigilanza.

Sono stati organizzati anche un seminario sulle certificazioni con l'ausilio della professoressa Elena Mazzeo e della dottoressa Musio e uno sulla deontologia presentato da dottor Agostino Sussarellu e da dot-

tor Alessandro Arru.

Posso senz'altro affermare che anche la mia esperienza come tutor valutatore è stata più che positiva soprattutto perché ho avuto la fortuna di conoscere due giovani colleghi che mi hanno veramente arricchito con la loro umanità e con la carica di giovinezza ed entusiasmo che mi hanno trasmesso.

La mia esperienza si è anche conclusa, sotto l'auspicio dell'ottavo profilo del libretto di valutazione, con la mia sostituzione durante le ferie estive da parte di uno dei tirocinanti.

Per le ragioni qui esposte ritengo che come Ordine dei medici e Università di Sassari possiamo ritenerci soddisfatti dell'organizzazione degli esami di stato e dobbiamo ringraziare ancora una volta tutti i Tutor e soprattutto le segreterie sia degli esami di stato che dell'Ordine dei medici per il lavoro svolto.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3 e 4 del D.P.R. n. 221/50, l'Ordine deve avere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: diploma di specializzazione, diploma di formazione specifica in medicina generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Dalla New Letter del ministero della salute

L'osteonecrosi della mandibola e il trattamento con bifosfonati

Negli ultimi mesi si è registrato un incremento delle segnalazioni di osteonecrosi della mandibola a seguito di trattamento con bifosfonati, in particolare con l'acido zolendronico (64 casi).

Tale molecola, registrata con procedura centralizzata a livello europeo col nome commerciale Zometa®, inibisce l'assorbimento dell'osso osteoclastico ed è autorizzata per le seguenti indicazioni terapeutiche:

- Prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, schiacciamenti vertebrali, radioterapia o interventi chirurgici all'osso, ipercalcemia neoplastica) in pazienti affetti da tumori maligni allo stato avanzato che interessano l'osso.
- Trattamento dell'ipercalcemia neoplastica (TIH).

In Italia Zometa® è incluso nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo ed alcuni casi di osteonecrosi erano stati già evidenziati nell'analisi del primo annuo di attuazione del monitoraggio (v. BIF N. 1 2005, p. 21). L'aumento dei casi di osteonecrosi è stato spesso associato a infezioni localizzate e comparsa di osteomielite. Un aumento di segnalazioni è stato riscontrato anche per le patologie dentali con ascessi dentali e dolore alla mandibola. Complessivamente le reazioni avverse (codificate con il dizionario MedDRA) della classe sistemico organica "Patologie del sistema mu-

scoloscheletrico e del tessuto connettivo" rappresentano circa il 50% (27 casi) di tutte le segnalazioni, mentre quelle afferenti alla classe "Infezioni ed infestazioni" circa il 22% (12 casi).

È opportuno precisare che nelle segnalazioni pervenute sono spesso presenti fattori di rischio per l'insorgenza di osteonecrosi, quali la malattia neoplastica, il trattamento chemioterapico e con corticosteroidi. Inoltre in molte segnalazioni è presente anche il trattamento con un altro bifosfonato, il pamidronato disodico (Aredia®).

Tuttavia per questo prodotto, registrato molti anni prima di Zometa®, il numero complessivo di segnalazioni dal 2001 è 25 contro le 64 di Zometa® e solo in tre segnalazioni Aredia® è indicato come unico bifosfonato sospettato di aver causato la reazione.

L'osteonecrosi sembrerebbe associata a procedure odontoiatriche come estrazioni dentarie, pertanto si ritiene necessario richiamare l'attenzione dei medici sulla necessità di effettuare un preventivo esame odontoiatrico e le eventuali procedure di interventi prima di iniziare il trattamento con questi farmaci in pazienti a rischio.

Si fa presente inoltre che gli stampati dei prodotti sono stati recentemente aggiornati dopo valutazione da parte delle autorità competenti per i singoli medicinali.

Approvata la delibera per il periodo 2005-2010

Riduzione delle quote dei contributi ONAOSI

Il ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno approvato la delibera n. 13 del 2005 con cui il Consiglio di Amministrazione ONAOSI stabiliva la riduzione delle quote di contribuzione obbligatoria a decorrere dal 1-1-2005 e fino al 2010 per i contribuenti sanitari a basso reddito (neo iscritti agli ordini, disoccupati, specializzandi, invalidi a basso reddito...) nonché l'esonero totale, per i sanitari con più di 67 anni di età che hanno contribuito per almeno 30 anni all'ONAOSI.

Nel rispetto delle esigenze di bilancio e a seguito di nuovi e più approfonditi studi attuariali si è voluto venire incontro alle richieste da più parti avanzate di tener conto del disagio economico che purtroppo affligge parte delle nostre categorie procedendo ad una diminuzione significativa delle quote, pur permettendo e garantendo una copertura assicurativa (assistenziale e previdenziale) equa, solidale, sostenibile e certamente conveniente per tutti a fronte di una contribuzione davvero limitata.

In un "comunicato l'ONAOSI" esplicita in modo semplificato quanto contenuto nella delibera. Il testo del comunicato riporta. Gli schemi che riepilogano per mese e per anno gli importi:

Contributo annuale:

- **€ 12,00** per i contribuenti con meno di 5 (cinque) anni complessivi di iscrizione al rispettivo ordine professionale.

- **€ 12,00** per i contribuenti che, a prescindere dall'età, anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie.
- **€ 12,00** per i contribuenti che, a prescindere dall'età, anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale, abbiano un reddito imponibile complessivo annuo inferiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00).
- **€ 36,00** per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 120,00** per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 72,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 120,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 12,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni, o, in alternativa, un contributo una tantum di € 60,00 (sessanta/00), salvo che non abbiano regolarmente ver-

sato contributi all'ONAOI per 30 (trenta) anni, nel qual caso sono esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo *status*

ciò equivale ad una contribuzione mensile di:

- **€ 1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti con meno di 5 (cinque) anni complessivi di iscrizione al rispettivo ordine professionale.
- **€ 1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età, anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie.
- **€ 1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età, anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale, abbiano un reddito imponibile complessivo annuo inferiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00).
- **€ 3,00** (tre/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 10,00** (dieci/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 6,00** (sei/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 10,00** (dieci/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).
- **€ 1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti aventi un'età superiore ai

33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00).

- **€ 1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni, o, in alternativa, un contributo una tantum di € 60,00 (sessanta/00, salvo che non abbiano regolarmente versato contributi all'ONAOI per 30 (trenta) anni, nel qual caso sono esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo *status*.

I suddetti importi saranno automaticamente rivalutati, in ragione d'anno (e a partire dal 2006), nella misura dell'indice annuale FOI (fonte ISTAT), ai soli fini dell'adeguamento all'inflazione.

Gli importi hanno valore annuale e non sono frazionabili e hanno valore a partire dall'anno 2005.

Come preannunciato nell'ottobre del 2004, l'Ufficio di Presidenza della Fondazione ONAOI ha elaborato una proposta che è stata sottoposta al Consiglio di Amministrazione, e da questo approvata all'unanimità in data 13 novembre 2004, relativa all'introduzione di una soglia di reddito che potesse venire incontro ai sanitari con una quota contributiva estremante ridotta:

- agli specializzandi (soprattutto medici) che sono obbligati a non esercitare alcuna attività lavorativa oltre la frequenza della scuola stessa.
- ai giovani neo iscritti agli ordini che, a causa della difficile situazione economica, si trovano in oggettive difficoltà per formare un reddito.
- al disagio economico di alcuni sanitari, indipendentemente dall'età anagrafica.
- a coloro che si trovino in situazioni di invalidità fisica o psichica indipendentemente dall'età anagrafica, tali da avere ridotte capacità lavorative al fine di conseguire un reddito oltre un certo valore.

A Macomer il 19 novembre

Radioprotezione e prospettive della medicina del lavoro

Il 19 novembre 2005 avranno luogo a Macomer il I Convegno della sezione sarda Associazione Italiana di Radioprotezione Medica e il II Convegno Associazione sarda medici del lavoro: "Ruolo e prospettive della medicina del lavoro in Sardegna. Il contributo del Piano Sanitario Regionale".

I lavori si svolgeranno al Centro Convegni Comunale di Macomer, in collaborazione con la sezione di medicina del lavoro del dipartimento di sanità pubblica dell'Università degli Studi di Cagliari, l'INAIL, lo SPRESAL Asl Cagliari, lo SPRESAL Asl Sassari e con il patrocinio del Comune di Macomer.

Questo il programma:

Ore 8.45 - Registrazione dei partecipanti.

Ore 9.10 - Saluto delle Autorità e apertura dei lavori.

Ore 9.30 - Francesco Sanna Randaccio, Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Cagliari: *La medicina del lavoro in Sardegna e lo sviluppo del piano sanitario regionale.*

Ore 9.55 - Gianni Biggio, Presidente regionale Confindustria: *Il datore di lavoro e l'organizzazione dei servizi di prevenzione e protezione.*

Ore 10.20 - Plinio Carta, Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Cagliari: *Formazione specialistica, formazione continua e accreditamento*

d'eccellenza in medicina del lavoro.

Ore 10.45 - Pierluigi Cocco, Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Cagliari: *La sorveglianza epidemiologica delle neoplasie professionali: gli strumenti possibili.*

Ore 11.10 - Pausa.

Ore 11.25 - Giorgio Marracini, Responsabile SPRESAL Asl Cagliari: *Gli Organi di Vigilanza del SSN in Sardegna: attualità e prospettive.*

Ore 11.50 - Carlo Manca, Direttore Sanitario INAIL Sardegna: *La patologia del lavoro attraverso i dati INAIL. La nuova tabella delle malattie professionali.*

Ore 12.15 - Antonello Serra, presidente ASML: *Associazione Sarda dei Medici del Lavoro. Un anno di attività.*

Ore 12.30 - Nerina Dirindin, Assessore Sanità Regione Sardegna: *Intervento.*

Ore 13-14.30 - Pausa pranzo.

Ore 14.30 - Alessandro Arru, presidente Sezione Sarda AIRM: *La cartella clinica informatizzata nella attività di sorveglianza sanitaria.*

Ore 14.55 - Giorgio Trenta, presidente Nazionale AIRM: *Il medico autorizzato nei servizi di Medicina del Lavoro.*

Ore 15.20 - Teresa Marras - Responsabile SPRESAL ASL Sassari: *Vigilanza e sorveglianza sanitaria in medicina del lavoro; conflittualità e collaborazione.*

Ore 15.45 - Luigi Arru, presidente Ordine dei medici di Nuoro: *Etica e deontologia in medicina del lavoro.*

Ore 16.10 - Pausa.

Ore 16.30 - Michela Coppola, Dirigente Ispettorato Provinciale del Lavoro di Sassari: *L'attività dell'Ispettorato del Lavoro e la prevenzione del rischio professionale.*

Ore 16.55 - Segretario Regionale Sindacato Confederale (in definizione): *Il sindacato e i rappresentanti dei lavoratori nella valutazione e gestione del rischio occupazionale.*

Ore 17.20 - Dibattito tra pubblico ed esperti.

Ore 19.15 - Chiusura lavori e quiz apprendimento. Elezione degli Organismi Statutari ASML.

con osservazione e degenza breve, organizzano il "Campus Emergenza 2005". Il Campus è stato inserito nel programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità (medici).

Questo il calendario:

9 settembre 2005 - La C-PAP nell'insufficienza respiratoria acuta (IRA) - Sala Riunioni Presidio Ospedaliero Sassari.

23 settembre 2005 - La gestione dell'ipertensione arteriosa nelle emergenze-urgenze - Sala Riunioni Presidio Ospedaliero Sassari - In valutazione.

7 ottobre 2005 - La vertigine: diagnosi d'urgenza e terapia. - Sala Riunioni Presidio Ospedaliero Ozieri.

4 novembre 2005 - Mediazione pacifica dei conflitti in ambito sanitario - Sala Riunioni Presidio Ospedaliero Ozieri.

24 novembre 2005 - Riconoscimento dei ritmi e trattamento in urgenza - Sala Riunioni Presidio Ospedaliero Ozieri - In valutazione.

L'iscrizione è gratuita.

Per informazioni: Telefono e Fax 079.779245.

<http://utenti.lycos.it/emergenzaozieri> - e-mail: sergiorassu@libero.it.

Campus Emergenza 2005

L'Azienda Asl 1 di Sassari, con il presidio ospedaliero di Ozieri e l'Unità operativa di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza

Corsi di aggiornamento ECM

organizzati dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Professione	Data evento	Sede	Titolo	Crediti assegnati	Apertura pre-iscrizioni
Medico Chirurgo	4 novembre 2005 inizio ore 09.00	Olbia Sala Expò Via Porto Romano	La responsabilità medica nella Continuità Assistenziale. Aspetti giuridici e medico legali	In fase di accreditamento	4 ottobre 2005
Odontoiatra	5 novembre 2005 inizio ore 09.00	Sassari Via Vienna 2	Chirurgo orale, chirurgo maxillo-facciale e odontoiatra. Quale forma di collaborazione?	In fase di accreditamento	5 ottobre 2005
Medico Chirurgo e Odontoiatra	12 Novembre 2005 inizio ore 09.00	Olbia Sala Expò Via Porto Romano	La responsabilità medica nelle Medicine Complementari. Aspetti giuridici e medico legali	6 crediti ECM	17 ottobre 2005

Le pre-iscrizioni possono essere comunicate allo sportello dell'Ordine o per telefono al numero 079/234430 comunicando nominativo, luogo e data di nascita.

Per maggiori informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Ordine.

Ruolo dell'eritropoietina nelle anemie

Si svolgerà a Sassari il 24 settembre 2005 nell'aula magna della facoltà di Scienze Naturali un convegno su "Il ruolo dell'eritropoietina nelle anemie".

I lavori del convegno saranno presieduti da Gianni Cogoni presidente SIN Regione Sardegna, e da Agostino Sussarellu presidente dell'Ordine dei medici di Sassari.

Il programma è il seguente:

Sessione del mattino - Moderatori: Marino Ganadu e Gianfranco Fundoni.

Ore 10.15 Saluto ai partecipanti e presentazione del Convegno, Gianni Cogoni e Agostino Sussarellu.

Ore 10.30 Eritropoietina: possibilità di utilizzo e problemi correlati, Maria Domenica Casu.

Ore 11.00 Il ferro: fabbisogno, monitoraggio e somministrazione, Andrea Satta.

Ore 11.30 Anemia: problematiche. Il punto di vista del medico di medicina generale, Francesco Delogu.

Ore 12.00 Discussione.

Ore 13.00 Pausa.

Sessione pomeridiana

Moderatori: Mario Passaghe, Maria Antonietta Masala.

Ore 14.30 Anemia e qualità di vita, Salvatore Pintus.

Ore 15.00 Valutazione dell'anemia e obiettivi di correzione nel paziente iperteso, Nicola Glorioso.

Ore 15.30 Anemia e diabete, Giovanni Maria Baule.

Ore 16.00 Discussione.

Ore 17.00 Chiusura dei lavori.

Per informazioni: Segreteria organizzativa Kassiopea Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari - Tel. 070.651242 - Fax 070.656263.

e-mail: kassiopeagroup@tiscali.it

www.kassiopeagroup.com

L'iscrizione al corso è gratuita.

È stata inoltrata al ministero della salute la richiesta di riconoscimento dell'iniziativa nell'ambito del progetto di Educazione Continua in Medicina, ai fini dell'ottenimento dei crediti formativi per la categoria dei medici chirurghi, dei farmacisti.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

Tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine, previo appuntamento da fissare telefonando al numero 079/234430, gli iscritti possono usufruire di un servizio di consulenza legale.