



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
Ufficio II

Proposta di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza con prioritario riferimento alla disciplina di esenzione per le patologie croniche e rare ed alle prestazioni di prevenzione e cura della ludopatia - Attuazione dell'art. 5 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158

Relazione illustrativa

SOMMARIO:

Revisione del d.m. n. 329/1999, e successive modificazioni e integrazioni, in materia di esenzione per le malattie croniche e invalidanti

- La proposta di aggiornamento
- Stima dei beneficiari delle esenzioni
- Considerazioni sulle variazioni dei volumi delle prestazioni e sui costi
- Dati di sintesi

Revisione del d.m. n. 279/2001, e successive modificazioni e integrazioni, in materia di esenzione per malattie rare

- La proposta di aggiornamento
- Valutazione di impatto dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare

Inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia

Misure per l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Misure per la diffusione di procedure analgesiche in corso di travaglio e parto vaginale

Revisione del d.m. n. 329/1999, e successive modificazioni e integrazioni, in materia di esenzione per le malattie croniche e invalidanti.

Le malattie che danno diritto all'esenzione sono individuate in base ai criteri dettati dal d.lgs. n. 124/98 (gravità clinica, grado di invalidità e onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento). Per la maggior parte delle malattie sono individuate specifiche prestazioni fruibili in esenzione, incluse nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (d.m. 22 luglio 1996), che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti (art. 5, comma 2 del d.lgs. n. 124/98). Per alcune particolari malattie e condizioni le singole prestazioni non sono identificate puntualmente in quanto le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. Il medico prescrittore, pertanto, le individuerà di volta in volta, nel rispetto dei medesimi criteri di appropriatezza e di efficacia, a garanzia di una migliore tutela del paziente e di maggiore flessibilità terapeutica. Non sono erogate in esenzione le prestazioni necessarie per la diagnosi. La disciplina non si applica all'assistenza farmaceutica e all'assistenza protesica, anche se la maggior parte delle Regioni nella determinazione dei ticket regionali sui farmaci ha previsto una partecipazione ridotta per i soggetti esenti per patologia. Le patologie e le condizioni incluse attualmente nell'elenco allegato al d.m. n. 329/1999 e successive modificazione, sono 56

1. LA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO

a) metodologia di lavoro

La proposta di aggiornamento del d.m. 28 maggio 1999 n° 329 e successive modifiche, tiene conto delle osservazioni e delle richieste formulate da parte di Assessorati alla sanità delle Regioni, di Associazioni di malati, di Società Scientifiche, di Aziende sanitarie e di cittadini.

Le singole proposte sono state valutate sulla base dei criteri previsti dal d.lgs. 124/98 per la ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni: gravità clinica, grado di invalidità associato, onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo e dalla frequenza dei relativi trattamenti, inclusione nei livelli essenziali di assistenza, appropriatezza delle prestazioni per il monitoraggio dell'evoluzione delle malattie, efficacia per la prevenzione degli aggravamenti, coerenza rispetto ai percorsi diagnostici e terapeutici e monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci impiegati.

Per la formulazione della proposta di aggiornamento, è stata creata una rete di referenti regionali, anche al fine di valutare e tenere in debito conto l'esigenza di non creare disagi al cittadino e di non rendere difficoltose le procedure amministrative. Per alcune patologie di particolare complessità sono stati creati specifici gruppi di lavoro che hanno approfondito le problematiche relative alla malattia diabetica, alle malattie dell'apparato respiratorio, alle malattie reumatologiche, nefrologiche e gastroenterologiche, con il coinvolgimento di numerosi specialisti ed esperti.

b) contenuti della proposta

In sintesi i contenuti della proposta di aggiornamento riguardano:

1. la individuazione di nuove patologie esenti:

- le Broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) al II stadio (moderato), III stadio (grave), e IV stadio (molto grave);
- le Osteomieliti croniche.
- le Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min)
- il Rene Policistico Autosomico Dominante;
- la Sarcoidosi al II, III e IV stadio;
- la Sindrome da Talidomide

2. la individuazione di nuove condizioni esenti:

- a) “Sostituzione di vaso sanguigno” nell’ambito della condizione definita “002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (codice 002V434)
- b) Soggetti donatori di organo

3. la individuazione di condizioni cliniche all’interno di patologie già esenti:

Nell’ambito della condizione definita “002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO”, sono state individuate delle condizioni cliniche specifiche e relative prestazioni:

- per i soggetti con “DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU” (codice A02.V45.0), oltre alle prestazioni già esenti, viene proposto l’inserimento della prestazione: “controllo e programmazione pace-maker”
- per i soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica (codice A02.414) e sottoposti ad intervento di rivascularizzazione, oltre alle prestazioni già in esenzione, viene proposto l’inserimento della prestazione: “scintigrafia miocardica da perfusione”
- per i soggetti affetti da fibrillo flutter atriale (codice A02.427), in terapia con amiodarone, oltre alle prestazioni già esenti, vengono inserite le prestazioni per il monitoraggio degli effetti collaterali del farmaco: tireotropina; tiroxina

4. la introduzione di un parametro di laboratorio per constatare la gravità di una condizione:

la dizione clinica ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito grave (027) viene modificata in “ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito, grave (TSH superiore a 10mU/L)”

5. la ridefinizione della condizione clinica per soggetti sottoposti a trapianto d’organo:

la dizione “Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)” viene modificata in “Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo, intestino)”

6. l’inserimento, sostituzione ed eliminazione di prestazioni:

sono state inserite, sostituite o eliminate alcune prestazioni relativamente alle patologie: affezioni dell’apparato cardiocircolatorio (codice 002); anoressia nervosa, bulimia (005); artrite reumatoide (006); asma (007); cirrosi epatica e cirrosi biliare (008); colite ulcerosa e malattia di Crohn (codice 009); demenze (011); diabete mellito (codice 013); epatite cronica attiva (016); epilessia (017); glaucoma (019); insufficienza cardiaca (021); insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di Addison) (002); insufficienza renale cronica (023); insufficienza respiratoria cronica (024); iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo (026); lupus eritematoso sistemico (028); malattia di Halzheimer (029); malattia di Sjogren (030); ipertensione arteriosa (031); malattia o sindrome di Cushing (032); miastenia grave (034); morbo di Basedow e altre forme di ipertiroidismo (035); morbo di Paget (osteite deformante) (037); Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali (038); pancreatite cronica (042); psicosi (044); psoriasi (045); spondilite anchilosante (054); tubercolosi attiva (055);

7. l' inserimento tra le malattie rare (decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279) di patologie già esenti (ai sensi del dm 329/99 e succ mod):

Sclerosi sistemica (ICD9CM. 710.1).

8. l' inserimento tra le malattie croniche (ai sensi del dm 329/99 e succ mod), di patologie già esenti ai sensi del dm 279/01:

Malattia celiaca (ICD9CM 579.0)

Sindrome di Down (ICD9CM 758.0)

9. il follow – up:

nella definizione del percorso di follow-up delle patologie, sono state definite le frequenze di alcune prestazioni, mediante una ricognizione delle evidenze scientifiche disponibili o raccomandazioni. Tale indicazione ha lo scopo di ridurre l' utilizzo inappropriato della prestazione, mantenendo inalterata per il medico la possibilità di effettuare un corretto follow-up della malattia, sia per monitorarne l'evoluzione e gli effetti collaterali dei farmaci sia per prevenire gli eventuali aggravamenti

2. STIMA DEI BENEFICIARI DELL' ESENZIONE

Ai fini della stima dei possibili beneficiari dell' esenzione, si è proceduto come segue.

Patologie di nuovo inserimento

Per la valutazione del numero dei probabili soggetti esenti, sono stati presi in considerazione i dati, di fonte SDO, relativi al numero dei pazienti sottoposti ad almeno un ricovero (in regime ordinario o di DH) nel periodo di osservazione 2009-2011, integrato, ove necessario, con i dati di prevalenza della letteratura. Per alcune patologie (sarcoïdosi, rene policistico autosomico dominante e sindrome da talidomide) si è fatto riferimento solo ai dati di letteratura.

Per quanto attiene alla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), per la quale è prevista l' esenzione solo per i soggetti al II, III e IV stadio della malattia, per correggere la stima dei possibili beneficiari ottenuta tramite le SDO, sono stati considerati i seguenti elementi:

- gran parte dei malati, a causa del mancato inserimento della patologia nei precedenti decreti, sono già stati riconosciuti esenti per asma mentre molti dei pazienti con BPCO al III stadio e tutti quelli al IV stadio sono già esenti per insufficienza respiratoria.
- la BPCO è molto frequente in soggetti di età superiore a 65 anni e molti di questi, se aventi diritto, sono già esenti per età e reddito
- sono stati esaminati i dati di consumo di un accertamento specialistico altamente specifico per BPCO (spirometria) comunicati dalla regione Lombardia, relativi al 2005. Secondo questi dati, i soggetti sottoposti a spirometria che non pagavano il ticket perché già esenti per altre condizioni, (esclusi gli esenti per patologie croniche e per categorie) variavano dal 34 al 41% circa;

I suddetti elementi hanno consentito di ridurre il numero dei potenziali nuovi esenti a circa 300.000 soggetti.

Per la sarcoïdosi (II, III e IV stadio), ai fini del calcolo del numero di esenzioni previste, è stato fatto riferimento al dato della letteratura (6.000 pazienti complessivi), integrato da una stima della percentuale regressione al I stadio del 65% (dati clinici), che ha portato a quantificare in 2.100 pazienti i possibili beneficiari. La sarcoïdosi, negli stadi clinici più avanzati, si accompagna ad insufficienza respiratoria, patologia già in esenzione.

Per il rene policistico autosomico dominante (RPAD) si è partiti dal dato medio di prevalenza in Italia (1/milione), per stimare la presenza di circa 60.000 casi. Sono state poi valutate le evidenze della letteratura secondo le quali la percentuale di casi presumibilmente già esenti per insufficienza renale cronica (IRC) supera il 10%. Sulla base di tali ipotesi si è stimato in circa 50.000 il numero di soggetti che potrebbero richiedere l'esenzione.

Per l'osteomielite cronica, il dato SDO, relativo ai pazienti ricoverati per osteomielite cronica nel periodo di osservazione (3 anni), può essere preso come numero minimo di esenzioni previste (circa 8000).

Per quanto riguarda le Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min), il dato ricavato dalle SDO (15.513 ricoveri nel triennio 2009/2011) deve essere sensibilmente ridotto perché l'ammissione al beneficio riguarda solo i casi in cui la creatinina clearance si stabilizza su valori inferiori a 85 ml/m; occorre considerare, inoltre, che molte tra le patologie renali interessate sono complicanze di patologie già esenti e che si tratta di una esenzione "temporanea" (poiché le condizioni sono destinate ad evolvere in insufficienza renale cronica); Per tutte queste considerazioni, ed in assenza di altri validi dati epidemiologici al riguardo, è stato ragionevolmente previsto un numero di esenzioni di 10.000 pazienti.

Per la Sindrome da talidomide l'inserimento comporta la possibilità di effettuare in esenzione le "prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della sindrome nelle forme: amelia, emimelia, focomelia e macromelia, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti". Trattasi di condizioni cliniche che riguardano poche o pochissime centinaia di casi, che è utile inserire a fini di chiarimento normativo, ma che è fondato ritenere non influiscano sui conteggi complessivi.

Per la Malattia celiaca e la Sindrome di Down infine, trattandosi di patologie già in esenzione in quanto comprese tra le malattie rare (di cui al dm 279/01), si tratta di un semplice spostamento da un tipo di esenzione ad un altro che non incrementa il consumo di prestazioni, ma, anzi, lo riduce in quanto per le malattie croniche di cui al d.m. n. 329/99 non è prevista l'esenzione per le prestazioni diagnostiche.

Condizioni di nuovo inserimento

Con riferimento alle prestazioni connesse alle attività di donazione d'organo (donatori d'organo), si segnala che l'esclusione dalla partecipazione al costo riguarda non solo le prestazioni connesse all'atto della donazione, ma anche quelle finalizzate al controllo della funzionalità dell'organo residuo

Esclusione dall'esenzione, all'interno di patologie già esenti, per precise condizioni cliniche.

Per l'Ipotiroidismo congenito, Ipotiroidismo Acquisito (Grave), è stato individuato un parametro di laboratorio (TSH >10 mU/L) quale requisito per l'esenzione. Sulla base dei consumi dell'ecografia cardiaca, prestazione specialistica attinente a condizioni di gravità della patologia (dati forniti dalla regione Lombardia per il 2005), si è potuto stimare il numero di soggetti esenti in presumibile condizione clinica di gravità, come previsto dal nuovo parametro di esenzione. In tal modo vengono ad essere esclusi almeno i 2/3 del totale dei soggetti attualmente esenti per tale patologia.

Patologie già inserite in elenco:

Per le 30 patologie oggetto di revisione del pacchetto prestazionale, sono stati presi in considerazione i dati relativi alle esenzioni ricavati da un'indagine svolta dal Ministero su una popolazione di

31.496.323 soggetti, residenti in 13 regioni alla data 31.12.2003 (pari al 54.40% della popolazione italiana residente).

E' opportuno precisare che questi dati sono quelli più vicini al numero degli aventi diritto all'esenzione per patologia cronica, pur risultando sottostimati rispetto ai dati epidemiologici derivanti dalla letteratura scientifica. Infatti, numerosi soggetti, pure affetti da malattia cronica e invalidante, già titolari di altro tipo di esenzione (invalidità, età e reddito, ecc.) non richiedono l'esenzione per patologia, in quanto tale acquisizione non arrecherebbe loro nessun ulteriore beneficio. Questa eventualità sembra particolarmente frequente per i pazienti di età <6 anni e >65 anni che, con un reddito familiare inferiore a 36.152 €, hanno già diritto all'esenzione per tutte le prestazioni sanitarie.

Revisione del d.m. n. 279/2001, e successive modificazioni e integrazioni, in materia di esenzione per malattie rare.

Poiché non esiste una definizione universalmente accettata di malattia rara è stata utilizzata, come già per il dm 279/2001, quella valida in ambito comunitario ed indicata dal Programma d'azione sulle malattie rare 1999-2003, che definisce rare le malattie che hanno una prevalenza inferiore a 5/10.000 abitanti nell'insieme della popolazione comunitaria.

I criteri utilizzati per la riformulazione dell'elenco delle MR, sono quelli generali definiti dal d.lgs. 124/98, già citati in precedenza¹, cui si sono aggiunti due ulteriori criteri specifici quali la *difficoltà di formulare una diagnosi di malattia e la difficoltà di individuare un pacchetto prestazionale adeguato*, al fine di prendere in considerazione solo malattie con caratteristiche tali da giustificare le specifiche forme di tutela garantite dal decreto, vale a dire il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni (diagnostiche e terapeutiche) correlate alla malattia e la costruzione di una rete di presidi specializzati che consenta un percorso diagnostico e assistenziale protetto e agevolato.

In base a tali ulteriori criteri, sono escluse dall'elenco alcune malattie, pure rispondenti ai criteri principali (rarietà, gravità ed onerosità del trattamento) ma agevolmente diagnosticabili sulla base di protocolli consolidati o per le quali già esiste una rete di presidi specializzati nella diagnosi e nel trattamento (ad esempio: Acromegalia, Fibrosi cistica); in questi casi si è ritenuto che le persone affette già usufruiscano di adeguata tutela con il riconoscimento dell'esenzione per patologia cronica e invalidante di cui al decreto n. 329/1999.

1. LA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO

1. Individuazione di nuove patologie esenti

Sono state introdotte 110² nuove malattie o gruppi di malattie. La rispondenza ai criteri sopra descritti è stata verificata assumendo le indispensabili informazioni scientifiche dalle maggiori banche dati internazionali (Orphanet, National Organization for Rare Disorders, Online Mendelian

¹ gravità clinica, grado di invalidità ed onerosità, derivante dalla quota di partecipazione al costo delle prestazioni necessarie per il trattamento ed il monitoraggio della malattia e degli eventuali aggravamenti.

² Rispetto alle 109 malattie o gruppi di malattie presenti nel testo approvato nel 2008, la proposta predisposta nel 2010 include anche le "IPOVITAMINOSI DA DEFICIT ENZIMATICI CONGENITI E/O DA ANOMALIE METABOLICHE CONGENITE" tra cui è inserita, come esempio, il "DEFICIT DI 5' PIRIDOSSAMINA FOSFATO OSSIDASI". L'inserimento era stato sollecitato da pazienti e associazioni e valutato favorevolmente in sede tecnico-scientifica.

Inheritance in Man) e consultando la letteratura internazionale disponibile sul Medline della National Library of Medicine statunitense (PubMed).

2. Esclusione dall'elenco di patologie attualmente incluse

- la “*malattia celiaca*”, non rispondente al criterio di rarità, è stata inclusa nel nuovo elenco delle malattie croniche (dm 329/99 e successive modifiche) con codice 059;
- la “*sindrome di Down*”, non rispondente al criterio di rarità, è stata inclusa nel nuovo elenco delle malattie croniche (dm 329/99 e successive modifiche) con codice 065;
- la *Sindrome di Kawasaki*, è stata esclusa in quanto acuta ed a risoluzione spontanea e quindi non rispondente ai criteri dettati dalla normativa vigente

3. Modifiche all'impianto classificatorio dell'elenco e problemi di codifica

Rispetto al dm n. 279/2001, né l'impianto generale, né l'organizzazione dell'elenco, né il sistema di codifica hanno subito modifiche sostanziali. Tuttavia, laddove possibile, sono stati apportati quei cambiamenti che, fermo restando l'assetto generale, hanno permesso di realizzare una maggiore coerenza con le acquisizioni sistematiche successive alla prima stesura del decreto ministeriale.

Codifica

L'elenco identifica ciascuna malattia o gruppo con un codice alfanumerico progressivo che costituisce il codice da riportare nell'attestato di esenzione. Il codice contiene un riferimento al sistema di codifica internazionale ICDM-CM per ovvie esigenze informative nell'ambito del SSN, ma è stato necessario introdurre numerose “deroghe” per superare i limiti intrinseci a tale sistema di codifica per le MR (codici parzialmente o totalmente aspecifici e classificazione per organo o per eziologia). Pertanto, la classificazione ICD9-CM affianca il codice di esenzione che, in alcuni casi, può riferirsi a malattie con codici ICD9-CM diversi.

Organizzazione

L'organizzazione dell'elenco resta mista e comprende sia singole entità nosologiche, sia gruppi. Nel caso di gruppi di malattia, il codice identifica tutte le malattie che, in base alla letteratura scientifica e alla valutazione del Presidio che effettua la diagnosi, sono “afferenti” o “riconducibili” al gruppo anche se l'elenco si limita a citarne solo alcune a mero titolo di esempio. Ciò risponde all'esigenza di compensare, in qualche misura, la velocità di revisione scientifica delle malattie rare che rende inevitabilmente l'elenco mai completo ed esaustivo. In tale modo, invece, resta garantito il diritto all'esenzione per tutte le patologie riconducibili e si mantiene un livello di classificazione accettabile sotto il profilo della correttezza scientifica.

Quando la definizione di gruppo rischiava di includere condizioni diverse tra loro per gravità, rarità, grado di invalidità, difficoltà diagnostica ed onerosità, è stata adottata la soluzione di indicare specificamente le malattie cui si attribuisce il diritto all'esenzione in quanto rare, croniche, invalidanti e gravi. In particolare, per le MALATTIE INTERSTIZIALI POLMONARI PRIMITIVE si specifica che l'esenzione è riconosciuta “limitatamente all'ALVEOLITE FIBROSANTE” (sinonimo S. HAMMAN-RICH), mentre per la “SCLEROSI SISTEMICA” l'inclusione nell'elenco delle malattie rare è limitata alle forme a carattere sistemico e progressivo, con l'esclusione delle meno gravi e limitate a tratti distali, senza coinvolgimento di organi e per le quali il percorso diagnostico appare meno difficoltoso.

Ogni qual volta è stato possibile, sono stati creati ex novo gruppi di malattie o sono state inserite singole malattie; in altri casi, sono state adottate soluzioni intermedie che non creassero difficoltà organizzative, a favore della stabilità di un sistema di esenzioni ormai da tempo consolidato.

Spesso il criterio di una più corretta classificazione nosologica ha consentito di incrementare il numero delle malattie riportate tra gli esempi e tra i sinonimi.

Tale ultima operazione comporta che sia molto ridotto il peso del mancato introito da ticket, in quanto si tratta di malattie che comunque avrebbero avuto diritto all'esenzione, per effetto della loro appartenenza al "gruppo".

Poichè nell'elenco oggi in vigore non è inclusa nessuna malattia dell'apparato respiratorio, per le malattie di nuovo inserimento afferenti a questo capitolo, è stato creato un nuovo settore dell'elenco cui è stato attribuito il codice "RH" con riferimento ai codici ICD9-CM da 460 a 519.

Inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia

L'art. 5 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, prevede l'inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia. In attuazione del dettato normativo, il provvedimento include esplicitamente le persone affette da questo tipo di dipendenza tra coloro cui sono rivolti i servizi territoriali per le dipendenze (SERT, Centri diurni, ecc.) già attivi nelle Asl, e modifica la definizione del sotto-livello di assistenza, attualmente riportata nel dPCM 29 novembre 2001 come "Attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool", riformulandola come "Assistenza socio sanitaria alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze". Si afferma quindi il principio che le persone con ludopatia hanno diritto ad accedere al Ssn per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno, al pari dei soggetti con altre forme di dipendenze patologiche, senza che questo comporti ulteriori oneri dal momento che le Regioni non saranno tenute ad istituire servizi ad hoc.³

Misure per l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale

L'articolo 3 del provvedimento introduce misure per favorire l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale e conseguire una riduzione degli oneri a carico del Ssn per tale livello di assistenza.

In particolare, il comma 1 prevede che le Regioni attivano programmi di verifica sistematica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa dell'assistenza specialistica ambulatoriale, attraverso il controllo delle prestazioni prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche e, comunque, di almeno il 5% delle prestazioni prescritte. Per favorire lo svolgimento dei controlli, si prevede l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione, pena la inutilizzabilità della ricetta stessa. Inoltre, si forniscono nell'allegato 3 le "indicazioni prioritarie" per la prescrizione di prestazioni di diagnostica strumentale frequentemente prescritte per indicazioni inappropriate. Le indicazioni, formulate sulla base di linee guida, rappresentano un ulteriore strumento a disposizione delle Regioni per sviluppare i programmi di verifica che, secondo la previsione del provvedimento, dovranno interessare almeno il 5% delle prestazioni. Il rispetto di tale previsione potrà essere controllato in sede di verifica degli adempimenti Lea.

Misure per la diffusione dell'analgesia in corso di travaglio e parto vaginale

L'articolo 4 contiene misure volte a diffondere nel Ssn l'utilizzo dell'analgesia epidurale e peridurale in corso di travaglio e di parto vaginale. La disposizione prevede che le Regioni individuino nel

³ La situazione che verrà a determinarsi è paragonabile a quella che potrebbe determinarsi con l'immissione sul mercato di una nuova sostanza stupefacente o psicotropa; l'aumento dei soggetti che potrebbero rivolgersi ai SERT non comporterebbe necessariamente un aumento dell'offerta di servizi e, di conseguenza, un incremento di spesa a carico del Ssn, soprattutto nella fase iniziale.

proprio territorio le strutture che effettuano tali procedure e che sviluppino appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse.