

Assistenza sanitaria integrativa

Prodotti destinati ad una alimentazione particolare

Rientra nei LEA (DM 8 giugno 2001) l'erogazione dei prodotti dietetici destinati ad una alimentazione particolare nelle patologie riportate di seguito:

a) **Morbo celiaco** compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme.

A soggetti affetti da morbo celiaco, diagnosticati da un centro riconosciuto dalla Regione (Tabella 1), sono concedibili i prodotti dietetici senza glutine, entro i limiti massimi di un contributo mensile differenziato per fascia d'età dell'assistito. Il Distretto dell'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito autorizza la fornitura, con consegna dei moduli, in base a certificazione di diagnosi effettuata da uno dei Centri di Riferimento Regionali ai quali il soggetto accede in caso di sospetto diagnostico su richiesta del medico curante.

La certificazione, a seguito di esito positivo dell'accertamento biptico intestinale, ha validità temporale illimitata ai fini dell'erogazione dei dietetici senza glutine con onere a carico del SSN.

I dietetici erogabili sono inclusi nel Registro Nazionale degli Alimenti aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute e disponibile sul sito Internet Ministeriale (<http://www.ministerosalute.it/alimenti/dietetica>). Tale registro è scaricabile anche dal sito Internet della Regione Veneto (<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Farmaceutica/celiaci.htm>) con una descrizione più dettagliata delle confezioni (codice Paraf, grammatura, prezzo, ecc) per facilitare assistiti ed operatori nell'identificazione e nella tariffazione dei prodotti.

Fasce d'età	Contributo mensile
6 mesi-1 anno	50 €
1-3 anni	70 €
3-6 anni	100 €
6-10 anni	105 €
Maggiori di 10 anni	140 €

Il contributo mensile è frazionato in 4 buoni d'acquisto o altri documenti di credito, rilasciati dall'Azienda ULSS, attraverso il Distretto di appartenenza dell'assistito. I 4 buoni d'acquisto sono spendibili anche separatamente, anche al di fuori della propria Azienda ULSS di appartenenza, presso le farmacie, parafarmacie o altri esercizi commerciali.

Gli esercizi commerciali e le parafarmacie che intendono dispensare i prodotti dietetici senza glutine devono farne richiesta all'Azienda ULSS competente mediante compilazione di un modulo specifico che deve contenere oltre gli elementi identificativi dell'esercizio commerciale e del referente che gestisce e dispensa i prodotti anche la dichiarazione della sussistenza dei requisiti professionali per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare. Gli esercizi commerciali e le parafarmacie devono inoltre garantire la corretta conservazione e gestione degli alimenti prevista dalla normativa in materia.

L'assistito deve utilizzare i buoni acquisto solo nel corso del mese di spendibilità riportato sui buoni. Non è ammesso l'utilizzo di buoni acquisto nel mese successivo a quello indicato negli stessi.

Nel caso di utilizzo di buoni acquisto per importi inferiori l'assistito non ha diritto al resto, mentre è a carico di quest'ultimo l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore del buono o dei buoni spesi.

Ai fini del rimborso gli esercizi commerciali e le parafarmacie, entro il giorno 5 del mese, inviano all'Azienda ULSS di appartenenza del paziente la fatturazione dei prodotti dispensati, unitamente ai buoni acquisto riportanti le fustelle autoadesive a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati.

Tabella 1. Centri di Diagnosi e Certificazione del Morbo Celiaco nei soggetti adulti e nei soggetti in età pediatrica

Azienda Ulss	Sede Ospedaliera	Unità Operativa	Soggetti
1 Belluno	Ospedale S.Martino - Belluno	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
2 Feltre	Feltre	Gastroenterologia	Adulti
3 Bassano del Grappa	Bassano del Grappa	Gastroenterologia	Adulti
6 Vicenza	Ospedale S. Bortolo - Vicenza	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
7 Pieve di Soligo	Conegliano	Gastroenterologia	Adulti
8 Asolo	Castelfranco Veneto	Gastroenterologia	Adulti
9 Treviso	Treviso	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini

Azienda Ulss	Sede Ospedaliera	Unità Operativa	Soggetti
12 Venezia	Ospedale dell'Angelo - Mestre	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
	SS. Giovanni e Paolo - Venezia	Pediatria	Bambini
14 Chioggia	Ospedale di Chioggia	Gastroenterologia	Adulti
16 Padova	Ospedale S. Antonio - Padova	Gastroenterologia	Adulti
17 Este	Este	Gastroenterologia	Adulti
18 Rovigo	Rovigo	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
20 Verona	San Bonifacio	Gastroenterologia	Adulti
21 Legnago	Legnago	Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia	Adulti
22 Bussolengo	Villafranca	Gastroenterologia	Adulti
	Ospedale S. Cuore - Negrar	Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
Az. Osp. di Padova	Padova	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini
Az. Osp. di Verona	OCM	Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	Adulti
		Pediatria, Malattie Respiratorie e Digestive Età Evolutiva	Bambini
	Policlinico	Gastroenterologia	Adulti
		Pediatria	Bambini

a) Erogazione di sostituti del latte materno per i nati da madre sieropositiva per HIV, fino al compimento del sesto mese di età.

Il PLS, il MMG e il pediatra operante presso le strutture pubbliche o private accreditate sulla base di una diagnosi di sieropositività per HIV della madre, rilasciata da una specialista infettivologo (convenzionato o dipendente SSN) prescriverà su ricettario SSN i sostituti del latte materno o in caso di tolleranza o allergia alle proteine del latte vaccino i lattini di soia o lattini semielementari. Il medico nella ricetta deve precisare il codice fiscale, l'età del lattante espressa in mesi e le iniziali del nome e cognome del lattante. La prescrizione deve soddisfare un fabbisogno non superiore ai 30 giorni rispettando la quantità massima prescrivibile (latte formulato liquido: 1.5 litri/die oppure latte in polvere 200 grammi/die) e può essere continuata fino al compimento del sesto mese di età del nato.

b) Insufficienza renale cronica (IRC)

Si tratta di un livello assistenziale non essenziale, ma aggiuntivo regionale. La Giunta Regionale ha deliberato (D.G.R. n 2661 12.09.2003) l'erogazione a carico del SSR dei prodotti dietetici aproteici, a favore di soggetti residenti nella Regione Veneto, affetti da IRC in trattamento conservativo (clearance della creatinina < 50 ml/min o valori di creatininemia superiori ai 2 mg per cento). La condizione clinica del soggetto, unitamente all'indicazione dei parametri indicati, deve essere certificata dallo specialista nefrologo operante in una struttura pubblica, che indicherà altresì nella certificazione rilasciata al paziente:

- la necessità di adozione di un regime dietetico a base di prodotti aproteici
- il fabbisogno mensile, espresso in peso, di pane, pasta, farina, biscotti aproteici, valido per il semestre
- la cadenza con la quale il soggetto deve essere sottoposto a nuova valutazione clinica.

Il nefrologo è inoltre tenuto a comunicare all'Azienda ULSS di residenza dell'assistito l'eventuale inizio del trattamento dialitico.

Sono erogabili mensilmente, nel limite di spesa di € 100 per soggetto, i prodotti dietetici aproteici contenuti nel Listino Regionale dei Dietetici aproteici aggiornato trimestralmente dalla Regione nei seguenti limiti: 2 kg di pane e affini, 3 kg di pasta, 1 kg di farina, 1 kg di biscotti.

Il prelievo dei prodotti attraverso le farmacie convenzionate avviene su presentazione da parte dell'assistito di appositi moduli mensili, rilasciati dal Distretto dell'Azienda ULSS di residenza, su presentazione della certificazione specialistica succitata. Il Distretto rilascia un'autorizzazione valida 6 mesi, che riporta il fabbisogno mensile prescritto dallo specialista nefrologo unitamente ai 6 moduli di approvvigionamento mensile riuniti in blocchetto.

Assistenza sanitaria a favore di diabetici

La prescrizione dei presidi per l'autocontrollo e per la somministrazione di insulina deve attenersi al Programma di cura redatto da un diabetologo di un centro anti-diabetico (CAD) o da un MMG o PLS, sulla base di specifici accordi a livello di Aziende ULSS o di Area Vasta.

Il Programma di cura deve essere redatto per i pazienti insulino trattati, non insulino trattati e per il diabete gestazionale. Devono essere indicati i dati anagrafici del paziente, la diagnosi, il tipo e la quantità di dispositivi prescrivibili e la durata (in genere un anno, salvo diverse indicazioni da parte del medico). I pazienti già in possesso di un Programma di cura lo possono rinnovare al primo controllo utile.

Nel caso in cui il Programma di cura sia redatto dal MMG o dal PLS sono previste 3 copie, una per il MMG o PLS, una per l'Azienda ULSS e una per il paziente, mentre 4 copie se viene redatto dallo specialista (una copia anche per il MMG o PLS).

Ai fini della prescrizione e dispensazione dei presidi, il medico prescrittore deve riportare la dicitura assistito insulino trattato oppure assistito non insulino trattato. Nel caso di diabete gestazionale il medico deve riportare la condizione della gestante.

Poiché la prescrizione bimensile comporta un aumento del numero di confezioni dispensabili per ricetta, per l'apposizione delle bustelle è possibile utilizzare il modello aggiuntivo alla ricetta SSN.

La data di spedizione della ricetta non deve superare i 30 giorni dalla data di prescrizione.

Non è necessario indicare il codice di esenzione 013 sulla ricetta.

INSULINO TRATTATI

La prescrizione deve essere unica e bimestrale.

Sono concedibili a carico del SSN i presidi riportati di seguito.

- **Strisce reattive per la misurazione delle glicemia:** in base alla frequenza di misurazioni indicate nella prescrizione, un numero di confezioni contenenti un quantitativo di strisce reattive necessarie alla copertura bimestrale del fabbisogno del paziente; la ricetta deve riportare l'indicazione del numero erogabile di strisce per bimestre e il numero di misurazioni.
- **Reattivi rapidi per la determinazione della chetonemia:** fino ad un massimo di 2 confezioni all'anno, su prescrizione del CAD.
- **Reattivi rapidi per la determinazione della glicosuria e chetonuria:** in base al numero di misurazioni indicate nella prescrizione.
- **Siringhe per insulina:** in base al numero di somministrazioni giornaliere indicate nella prescrizione, fino ad un massimo di 240 siringhe al bimestre.
- **Aghi per iniettori a penna:** in base al numero di somministrazioni giornaliere indicate nella prescrizione, fino ad un massimo di 3 confezioni pari a 300 aghi al bimestre.

- **Aghi pungidito (lancette):** un quantitativo corrispondente a quello delle strisce reattive per la misurazione della glicemia.
- **Iniettori di insulina a penna:** una penna all'anno per tipo di insulina.

Qualora ci sia discordanza tra il numero di determinazioni e il numero di confezioni riportate in ricetta, nella dispensazione si deve fare riferimento al numero di determinazioni. Se il conteggio delle unità prescritte dal medico ed erogabili bimestralmente è diverso dal quantitativo di unità presenti nelle confezioni, l'arrotondamento è operato per eccesso, utilizzando la confezione con il minor numero di unità disponibile in commercio.

I glucometri sono a carico del paziente, ma qualora siano distribuiti dalle strutture pubbliche i medici che redigono il Programma di cura devono rendere disponibili alle Aziende ULSS i dati relativi ai dispositivi dispensati per i dovuti controlli.

NON INSULINO TRATTATI

La prescrizione deve essere trimestrale.

Sono concedibili a carico del SSN i presidi riportati di seguito.

- **Strisce reattive per la misurazione della glicemia:** fino ad un massimo di 200 strisce per anno (50 o 25 per 3 mesi, in base alla situazione clinica del paziente).
- **Aghi pungidito (lancette):** un quantitativo corrispondente a quello delle strisce reattive per la misurazione della glicemia.
- **Aghi per iniettori a penna per somministrazione di incretine:** 100 aghi a bimestre. La prima prescrizione deve essere effettuata dal medico autorizzato alla prescrizione di incretine, le successive anche dal MMG. Sulla ricetta il medico deve specificare che il paziente è in trattamento con incretine, indicando anche il tipo di medicinale.

DIABETE GESTAZIONALE

Il Programma di cura deve essere redatto da uno specialista autorizzato, attualmente diabetologi o ginecologi.

Alle pazienti affette da diabete gestazionale, sono concedibili a carico del SSN i presidi riportati di seguito.

- **Strisce reattive per la misurazione della glicemia:** fino ad un massimo di 100 strisce al bimestre, anche nel caso in cui la paziente sia non insulino trattata. La ricetta deve riportare l'indicazione del numero di misurazioni.
- **Aghi pungidito (lancette):** un quantitativo corrispondente a quello delle strisce reattive per la misurazione della glicemia.

La paziente affetta da diabete gestazionale che necessita del trattamento insulinico viene equiparata ad un assistito insulino trattato e sono concedibili gli

stessi presidi previsti per tale assistito. Nei casi di trattamento non insulinico, la gestante viene equiparata ad un assistito non insulino trattato.

Assistenza sanitaria a favore di mutilati ed invalidi di guerra, per cause di guerra e per servizio

La Legge Regionale 26 novembre 2004 e i successivi provvedimenti attuativi regolano la concessione di particolari benefici alle seguenti categorie di invalidi (Tabella 1):

- mutilati ed invalidi di guerra
- pensionati di guerra di categoria compresa fra la 1° e l'8° tabella A del T.U. sulle pensioni di guerra
- mutilati ed invalidi per cause di guerra
- coloro già in possesso del verbale della Commissione medica di pensione di guerra, in attesa del decreto di concessione della pensione da cui risulti l'attribuzione di una categoria fra quelle precedentemente indicate
- mutilati ed invalidi per servizio
- mutilati ed invalidi per servizio beneficiari di pensione di categoria compresa fra la 1° e l'8° tabella A del T.U. sulle pensioni di guerra
- coloro già in possesso del verbale della Commissione medico-ospedaliera, in attesa del decreto di concessione della pensione da cui risulti l'attribuzione di una categoria fra quelle precedentemente indicate
- coloro a cui sia stato riconosciuto l'equo indennizzo per infermità contratta in servizio ed ascrivibile ad una delle categorie della tabella A del T.U. sulle pensioni di guerra
- gli ex deportati politici e dei campi di sterminio nazisti e i perseguitati per motivi razziali, equiparati agli invalidi di guerra di 1° categoria

Tabella 1. Assistenza sanitaria in favore di mutilati ed invalidi di guerra, per cause di guerra e di servizio

Assistenza	Destinatari	Compiti Del Mmg	Contributo
Cure Climatiche	Invalidi pensionati per infermità tubercolare. Invalidi iscritti alla 1°cat. di pensione, anche per infermità non tubercolare.	Prescrizione su ricettario SSR da cui risulti anche l'eventuale necessità di un accompagnatore (rilasciata gratuitamente).	Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.

Assistenza	Destinatari	Compiti Del Mmg	Contributo
<p>Soggiorni Terapeutici</p>	<p>Soggiorni in ambiente e clima idonei al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) consolidare i risultati ottenuti con recenti ricoveri o con intense e prolungate cure ambulatoriali b) prevenire aggravamenti di infermità cronicizzate <p>in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. insufficienza respiratoria cronica 2. cuore polmonare cronico 3. gravi affezioni degenerative articolari e della colonna 4. malattie mentali e nervose, su specifica relazione dello psichiatra 5. ipertensione arteriosa 6. nefropatie 7. paraplegia e paraparesi 8. asma bronchiale 9. postumi di malattie infettive debilitanti 10. artropatia cronica 11. esiti di gravi ferite da arma da fuoco e da traumatismi <p>altre patologie secondarie, ancorché non pensionate, connesse con l'infermità principale.</p>	<p>Prescrizione su ricettario SSR da cui risulti anche l'eventuale necessità di un accompagnatore (rilasciata gratuitamente).</p>	<p>Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.</p>
<p>Cure Termali</p>	<p>Invalidi che presentino uno dei seguenti quadri clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) affezioni broncopatiche b) artropatie c) postumi di frattura da trauma con gravi compromissioni delle articolazioni prossimali del focolaio di frattura o con radicoliti secondarie e alterazioni del trofismo muscolare. d) litiasi renale e biliare. e) epatopatie, gastroenteropatie, stipsi, malattie del sistema uropoietico alitiasiche, malattie cutanee. 	<p>Prescrizione su ricettario SSR da cui risulti anche l'eventuale necessità di un accompagnatore (rilasciata gratuitamente).</p>	<p>Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.</p>

Assistenza	Destinatari	Compiti Del Mmg	Contributo
Assistenza Ospedaliera	Limitatamente agli invalidi che percepiscono l'assegno di superinvalidità.	Nessuno.	Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.
Assistenza Protesica Ortopedica	Tutte le categorie di invalidi previste dalla Legge 26 novembre 2004.	Nessuno.	Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.
Assistenza Alimentare	Invalidi pensionati per infermità tubercolare o mentale che presentino una delle seguenti condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> - esiti di TBC trattata chirurgicamente - forme miliariche anche extrapolmonari - fibrotorace totale o parziale - TBC extrapolmonari non stabilizzate - esiti di polisierosite - psicosi maniaco-depressive - psicosi schizofreniche - paranoia - psicopatia epilettica - psicosi demenziali involutive - insufficienza renale cronica. 	Nessuno.	Richiesta presso il Distretto Sanitario di residenza.

Trasporto in ambulanza

Secondo la Circolare della Regione Veneto n. 12 del 4 maggio 1999 la richiesta di trasporto con ambulanza con onere a carico del SSN è compito del MMG nei seguenti casi:

1. ricoveri urgenti e programmati (ordinari e Day-Hospital) presso l'ospedale territorialmente competente di pazienti per i quali il MMG certifichi la necessità clinica di trasporto con ambulanza, utilizzando il ricettario SSN;
2. trasporti per accertamenti diagnostici, visite, terapie effettuati in regime ambulatoriale, in presenza di condizioni cliniche che non permettano il trasporto con altri mezzi in posizione seduta e previa autorizzazione del Distretto Socio-Sanitario di residenza;

3. trasporti per cure all'estero quando il paziente, residente in Italia, necessita di trattamenti non effettuabili sul territorio nazionale e le sue condizioni cliniche non ne consentano il trasporto con altri mezzi. La proposta del curante deve essere autorizzata dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda ULSS.

Sono a carico dell'assistito i trasporti per:

- accessi a case di riposo, RSA, commissioni invalidi
- ricoveri senza la certificazione di cui al punto 1.
- ricoveri presso ospedali diversi da quello non territorialmente competente
- presenza di barriere architettoniche