

## Assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale è prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/9/2001 e DGR 3972 del 30/12/2002) all'interno della Macro Area dell'Assistenza Distrettuale.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) individuano le prestazioni garantite dal servizio sanitario pubblico a tutti i cittadini residenti e regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le prestazioni di odontoiatria, medicina fisica e riabilitazione e densitometria ossea, escluse dai LEA per decreto ministeriale, possono essere erogate ai residenti nella Regione Veneto secondo determinati criteri clinici o socio-sanitari fissati con DGR 2227/2002 e succ.

### Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni previste dal Nomenclatore Tariffario (NT) Regionale delle Prestazioni Specialistiche, erogabili ad assistiti non ricoverati, da parte di strutture del SSN o da strutture e professionisti accreditati con il SSN, presso gli ambulatori specialistici, intra ed extra ospedalieri, il domicilio del paziente, le strutture residenziali o semiresidenziali.

### Branche specialistiche

Le prestazioni di assistenza specialistica sono suddivise nelle branche previste dall'allegato 3 del NT. Ad ogni prestazione è attribuita una tariffa.

Alcune prestazioni sono ricomprese in più branche.

Prestazioni di branche diverse vanno prescritte su ricette distinte.

Le prestazioni non previste dal NT non possono essere erogate e tariffate dalle strutture del SSN. Fanno eccezione le cosiddette "prestazioni di nicchia", erogate di norma da strutture ospedaliere/universitarie, l'elenco delle quali è aggiornato periodicamente con approvazione regionale. La prescrizione avviene su indicazione dello specialista che deve certificare la indispensabilità e non sostituibilità della prestazione richiesta.

### Accesso alle prestazioni

L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato alle richieste di prestazioni comprese nel NT delle Prestazioni Specialistiche e per le condizioni previste dai LEA.

Per le richieste di prestazioni escluse dai LEA è necessario utilizzare il ricettario

personale intestato e l'onere sarà interamente a carico dell'assistito.

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene tramite:

- a) prenotazione con richiesta su ricettario del SSN da parte di MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali o altri medici autorizzati dal SSN;
- b) prenotazione senza necessità di richiesta su ricettario del SSN, per le seguenti branche specialistiche (ACN per la Medicina Generale art. 51 comma 6):
  - odontoiatria
  - ostetricia e ginecologia
  - pediatria
  - psichiatria (anche per le prestazioni erogate dagli psicologi)
  - oculistica ma solo per la misurazione del visus

NB: tra le prestazioni erogate ad accesso diretto dalle strutture pubbliche sono comprese anche quelle dei servizi di prevenzione e consultoriali.

Se alla prima visita segue un piano terapeutico (es. piano di cura odontoiatrico, sedute di psicoterapia ecc.), oppure si rendono necessari approfondimenti clinici o strumentali per definire il quesito diagnostico posto dal curante, il medico specialista utilizza il ricettario SSN (associato o meno ad apposita modulistica interna), senza rimandare il paziente dal proprio medico curante.

## Modalità prescrittive

### IMPIEGO DEI RICETTARI DEL SSN PER LA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Sono abilitati alla prescrizione di prestazioni specialistiche su ricettario standardizzato SSN:

- medici alle dipendenze delle Aziende ULSS, AO e IRCSS;
- MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, medici addetti al servizio di guardia turistica e medici addetti alle attività della medicina dei servizi;
- medici alle dipendenze degli Ospedali religiosi classificati;
- medici alle dipendenze degli istituti sanitari privati qualificati presidi delle Aziende ULSS;
- medici incaricati di sanità penitenziaria;
- medici di Polizia addetti agli Uffici Sanitari Provinciali presso le Questure e alla Sala Medica del II Reparto Mobile di Padova della Polizia di Stato limitatamente per il personale di Polizia non residente nell'ambito dell'Azienda ULSS di riferimento, temporaneamente applicato presso gli Uffici per motivi di servizio;
- medici di Polizia addetti alla Sala Medica della Scuola di Peschiera del Garda limitatamente alle situazioni di emergenza che non consentano il ricorso al MMG.

Sono altresì abilitati medici privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ad personam od operanti in strutture private, provvisoriamente/definitivamente accreditate, limitatamente alle branche specialistiche e per i percorsi di seguito indicati:

- fisiatri e odontoiatri per la prescrizione delle prestazioni oggetto del piano terapeutico (rispettivamente trattamenti riabilitativi e piani di cura);
- medici di laboratorio al fine di ottimizzare il percorso diagnostico del paziente;
- medici operanti nelle strutture di ricovero per la prescrizione delle prestazioni oggetto dei percorsi di day-service;
- ginecologi per la prescrizione delle diagnostica strumentale e di laboratorio oggetto dei protocolli di accesso per le donne in gravidanza e a tutela della maternità;
- specialisti in radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, limitatamente alla necessità di convertire gli esami diagnostici in conformità alla normativa in tema di radioprotezione;
- radiologi e chirurghi per la prescrizione delle prestazioni necessarie per la diagnosi senologica ad esordio clinico, ai fini del completamento dell'inquadramento clinico per sospetta patologia oncologica;
- endocrinologi per la prescrizione delle prestazioni necessarie per la diagnosi tiroidea e delle paratiroidi (nodulo tiroideo e paratiroideo), ai fini del completamento dell'inquadramento clinico per sospetta patologia oncologica;
- cardiologi per la prescrizione delle prestazioni necessarie per completare l'inquadramento clinico della cardiopatia ischemica;
- endoscopisti per la prescrizione di prestazioni necessarie al completamento diagnostico in corso di esame.

I medici che operano in attività libero professionale (intra o extra-moenia) non possono utilizzare il ricettario standardizzato del SSN per la prescrizione di prestazioni di assistenza specialistica a carico del Servizio Sanitario.

Le ricette del SSN devono riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- generalità del paziente
- codice fiscale:
  - deve essere ricavato direttamente dalla Tessera Sanitaria rilasciata dal Ministero dell'Economia e Finanze (TEAM);
  - in caso di assistito extracomunitario irregolare va inserito il codice STP;
  - le ricette compilate elettronicamente devono riportare il codice fiscale dell'assistito anche in formato a barre nello spazio appositamente riservato;
- sigla provincia - codice dell'Azienda ULSS di residenza nelle apposite caselle
- esenzione ticket:
  - inserire il codice (patologia, invalidità, interventi di prevenzione);

- per i soggetti privi di titolo esonerativo, va barrata la casella "N";
  - per le prescrizioni farmaceutiche, nel caso sussista unicamente l'esenzione per motivi reddito ISEE, vanno barrate entrambe le caselle "N" ed "R", riportando il codice 6R2 nell'apposito spazio e acquisendo la firma dell'assistito sul fronte della ricetta;
- quesito/sospetto diagnostico (o comunque la motivazione per cui viene richiesta la prestazione)
  - indicazione della Classe di Priorità (vedi in seguito)
- Il campo "tipo ricetta" deve essere obbligatoriamente compilato nei seguenti casi:
- assistiti SASN (personale marittimo o dell'aviazione civile), italiani e non, dipendenti da un datore di lavoro italiano: inserire codice NA per visita ambulatoriale e codice ND per visita domiciliare;
  - assistiti SASN italiani e non, dipendenti da un datore di lavoro non italiano: inserire codice NE per i soggetti assicurati presso istituzioni dell'U.E. e codice NX per i soggetti assicurati presso istituzioni extraeuropee;
  - per gli extracomunitari irregolari, va inserito il codice ST;
  - per i soggetti (non SASN) assicurati presso istituzioni estere dell'U.E., va inserito il codice UE.

### Limiti di prescrivibilità

Di norma è possibile prescrivere fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica sulla stessa ricetta.

Fanno eccezione:

- branca di odontoiatria: 4 prestazioni (ricette compilate direttamente dallo specialista)
- branca di medicina fisica e riabilitazione:
  - fino a 6 tipi di prestazioni singole (non previste a ciclo);
  - fino a 6 "cicli" per le prestazioni previste come tali dal NT.

### CASI PARTICOLARI

- Laboratorio: il prelievo venoso viene conteggiato ai fini del pagamento del ticket, aggiungendosi così automaticamente alle 8 prestazioni, ma non deve essere prescritto.
- Medicazioni, infiltrazioni, crioterapia, psicoterapia, ossigenoterapia iperbarica.....: possono essere prescritte fino ad un massimo di 8 per ricetta, sempre specificandone il numero e non scrivendo: "si richiede ciclo di....." perché non sono prestazioni previste a ciclo dal NT.
- Per i soggetti affetti da forme morbose di cui ai DM 329/99 e 279/01 (patologie cronico-invalidanti e malattie rare) è possibile prescrivere più di una volta sulla stessa ricetta la stessa prestazione, (multiprescrizione), da effettuarsi entro 3 mesi presso la medesima struttura.

## Classi di priorità

Secondo quanto previsto dalla DGR n. 600 del 13/03/2007, tutte le prestazioni specialistiche previste dai LEA devono essere prescritte attribuendo sempre la classe di priorità di accesso, secondo criteri di appropriatezza indicati dalle specifiche cliniche individuate per le singole branche specialistiche.

Occorre quindi segnare sempre una delle caselle presenti sulla ricetta "rossa" secondo lo schema sotto riportato:

Casella da segnare	Modalità di prenotazione/erogazione
<b>"U"</b>	Accesso diretto al pronto soccorso
<b>"B"</b>	Prestazione da erogare entro 10 giorni
<b>"D"</b>	Prestazione da erogare entro 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio
<b>"P"</b>	Prestazione programmata da erogare entro 180 giorni

Il medico prescrivente deve inoltre sempre indicare la diagnosi o il quesito diagnostico (al fine di verifiche a campione circa l'appropriatezza dell'attribuzione della classe di priorità).

La Regione Veneto, con DGR 2611/2007 ha definito le specifiche cliniche per l'attribuzione corretta delle classi di priorità delle seguenti prestazioni ambulatoriali:

- Visita cardiologica
- ECG dinamico secondo Holter
- Ecocardiografia
- Visita neurologica
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- Elettromiografia
- Visita oculistica

Per ciascuna delle suddette prestazioni è stata elaborata una scheda, approvata dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e medici specialisti ambulatoriali.

La DGR 2611 con le relative schede è scaricabile dal sito della Regione Veneto (<http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/SommarioDGR.aspx?anno=2007>).

Se la classe di priorità non viene indicata, la prestazione viene prenotata come programmata (classe "P" - entro 180 giorni).

La struttura pubblica non è tenuta a garantire il rispetto delle classi di priorità per le prescrizioni a favore di residenti al di fuori dell'ambito provinciale, che verranno di conseguenza prenotati secondo la disponibilità.

Una classe di priorità indicata impropriamente toglie il diritto ad un altro paziente ad accedere alla stessa prestazione in tempi corretti.

### **Visita successiva alla prima o di controllo**

Ai sensi della DGR 486/04, per "visita successiva o di controllo" si intende quella effettuata entro 30 giorni dalla prima visita, in cui si rivaluta un problema già noto e si aggiorna/modifica la documentazione scritta esistente (cartella clinica o scheda).

Al di fuori di questo arco temporale, sono da ritenersi visite di controllo:

- le visite effettuate ai pazienti affetti da patologie cronico-invalidanti e malattie rare ai sensi del DM 329/99 e del DM 279/01;
- le visite per la rivalutazione a distanza della terapia;
- le visite di follow-up;
- le visite per la lettura degli accertamenti clinico-strumentali eventualmente richiesti.

NB: Si raccomanda di compilare correttamente la ricetta apponendo la dicitura "visita di controllo" rispettando le indicazioni sopra elencate.

La visita di controllo ha una tariffa inferiore rispetto alla prima visita.

### **Validità temporale della ricetta medica**

A tutt'oggi non esiste una normativa specifica che ponga limiti temporali alla validità delle ricette per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, tranne nel caso di soggetti esenti ticket per patologie cronico-invalidanti o malattie rare, per i quali si possono prescrivere sulla stessa ricetta fino ad un massimo di 8 prestazioni dello stesso tipo (ad es. 8 TP nel trattamento con anticoagulanti orali), da eseguirsi presso la medesima struttura in momenti successivi, indicati dal medico prescrivente, entro un periodo massimo di 3 mesi dal momento del rilascio della ricetta stessa.

## **Prestazioni a carico dell'utente (da prescrivere su ricettario personale)**

### **PRESTAZIONI EROGATE AI FINI DI INTERESSE PRIVATO**

Ad es: visite/accertamenti per il rilascio/rinnovo della patente di guida/licenza di caccia/porto d'armi, per uso assicurativo, per l'idoneità al lavoro (ditte private, forze armate, forze dell'ordine ecc.).

Tali prestazioni sono a pagamento anche per gli esenti ticket a qualsiasi titolo (reddito, invalidità o patologia).

### **VISITE/ACCERTAMENTI PER ADOZIONE**

Fermo restando il principio della gratuità degli accertamenti eventualmente richiesti dal tribunale dei minori al fine del rilascio del certificato di idoneità all'adozione (codice di esenzione ticket 5I2), si tratta nello specifico di prestazioni specialistiche (visite, esami strumentali e di laboratorio) solitamente richieste da istituzioni estere. Trattandosi di prestazioni erogate per fini di interesse privato, sono a pagamento anche per gli esenti ticket a qualsiasi titolo (reddito, invalidità o patologia).

## **Prestazioni a carico dell'utente (anche se prescritte su ricettario SSN)**

La DGR 600 del 13/03/2007 e la successiva Circolare esplicativa del 28/06/2007 precisano quanto segue:

- l'utente è tenuto ugualmente al pagamento del ticket, anche se esente a qualsiasi titolo, qualora, dopo aver prenotato la prestazione specialistica, non si presenti all'appuntamento o non lo disdica almeno 48 ore prima della data prevista per la prestazione.  
L'esonero da tale pagamento è giustificato solo dalla presentazione, entro 3 giorni lavorativi successivi a quello dell'appuntamento, di una documentazione scritta che dimostri le "cause di forza maggiore" che hanno impedito l'accesso alla prestazione;
- il mancato ritiro del referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione (o comunque entro 30 giorni dalla data prevista per la consegna dello stesso), comporta l'addebito all'utente, anche se esente ticket a qualsiasi titolo, dell'intera tariffa della prestazione (decurtata dal ticket eventualmente già versato).

## **Partecipazione alla spesa sanitaria**

I LEA definiscono:

- le condizioni che rendono erogabili le prestazioni in regime di partecipazione di spesa;
- le condizioni di appropriatezza per l'erogazione;
- le priorità di accesso alle prestazioni a seconda del tipo di condizione.

L'ASSISTITO CHE RIENTRA IN UNA CONDIZIONE PREVISTA DAI LEA può:

- pagare il ticket fino ad un tetto di € 36,15 (per un massimo di 8 prestazioni della stessa branca sulla stessa ricetta);
- essere parzialmente esentato dal pagamento del ticket solo per le prestazioni correlate alla patologia;
- essere totalmente esentato dal pagamento del ticket in caso di condizioni patologiche, di invalidità o di altro genere per le quali è prevista dalla normativa l'esenzione per la generalità delle prestazioni del NT;
- essere esentato per un limitato numero di prestazioni previste nei LEA (ad es. campagne di screening).

**NB: Ogni ricetta può contenere fino ad 8 prestazioni della medesima branca anche se le prestazioni prescritte sono effettuate in tempi diversi, purché eseguite presso la stessa struttura**

Le condizioni che danno diritto all'esenzione parziale o totale dal ticket per le prestazioni specialistiche sono ricondotte a:

- malattie croniche e invalidanti di cui al Decreto 21/05/2001, n. 296 "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124";
- malattie rare di cui al Decreto 18/05/2001 n. 279 "Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b,) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124" (S.O. alla G.U. n. 160 del 12 luglio 2001);
- condizioni di invalidità (civile, di guerra, per servizio ecc.);
- altre condizioni non legate a patologie specifiche e condizioni di invalidità (ad es. età e reddito, campagne di screening, ecc.).

Il Codice che dà diritto all'esenzione deve essere riportato nell'apposito spazio situato in alto a destra della ricetta dal:

- medico prescrittore (per tutti i tipi di esenzione non legate ad una situazione di reddito);
- poliambulatorio o centro unico di prenotazione (per le esenzioni legate all'età e al reddito).

In caso di soggetto non esente non dovrà essere riportato alcun codice.

In ogni ricetta non potrà essere riportato più di un codice di esenzione tranne nel caso di compresenza nello stesso soggetto di: diabete mellito + ipertensione, diabete mellito + affezioni del sistema circolatorio (vedere codici 013A02, 013B02, 013C02, 013031, 013A31).

L'ASSISTITO CHE NON RIENTRA IN UNA DELLE CONDIZIONI PREVISTE DAI LEA è assoggettato ad un regime di contribuzione che può prevedere:

- il pagamento a tariffa intera (prevista dal NT): prestazione non compresa nei LEA effettuata durante l'attività istituzionale;
- il pagamento a tariffa libera, fissata dal singolo specialista o dalla struttura, nel caso di attività libera professionale o di pacchetti di prestazioni richieste a fini privati.

### **Prestazioni incluse nei LEA (per i cittadini residenti in Veneto)**

La DGR 2227/2002 fissa i criteri di erogabilità delle prestazioni di odontoiatria e medicina fisica e riabilitativa ai residenti nella Regione Veneto.

La DGR 1433/2007 fissa i criteri di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri.

### **ASSISTENZA ODONTOIATRICA (vedere CODICI DI ACCESSO ED ESENZIONE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA)**

#### **MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

Le prestazioni di: elettroterapia antalgica, laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia sono prescrivibili nel caso delle patologie di seguito elencate, in presenza di limitazioni funzionali:

- lesioni traumatiche di plessi e/o tronchi nervosi
- interventi di protesizzazione articolare
- artroscopie
- esiti di fratture e/o lussazioni
- periartriti o tendinopatie acute con evidente compromissione motoria
- artropatie degenerative in fase acuta con riduzione della funzione motoria
- esiti di intervento sull'apparato locomotore
- dorsolombalgia acuta con significativa limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative
- cervico rachialgia acuta o lombosciatalgia con irritazione/compressione radicolare

#### **Modalità prescrittive:**

- il MMG, PLS o il medico specialista di altra branca prescrive su ricettario regionale: "visita fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione", indicando la classe di priorità;
- lo specialista fisiatra, dopo la visita, prescriverà l'eventuale programma riabilitativo utilizzando il ricettario regionale.

## DENSITOMETRIA OSSEA

Prestazioni la cui erogabilità è sospesa per assenza di indicazioni cliniche:

- densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X Total body
- densitometria ossea ad ultrasuoni – Patella

Prestazioni parzialmente incluse nei LEA ad intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi:

- densitometria ossea con tecnica di assorbimento a fotone singolo o doppio (polso o caviglia)
- densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (lombare, femorale, ultradistale)
- densitometria ossea con TC lombare
- densitometria ossea ad ultrasuoni (calcagno, falangi)

L'indagine densitometrica è indicata nei soggetti, maschi o femmine, di ogni età in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio maggiori:

- a. precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico
- b. riscontro radiologico di osteoporosi
- c. terapie croniche (attuata o previste):
  - corticosteroidi sistemici (per più di 3 mesi a posologia  $\geq 5$  mg/die di equivalente prednisonico)
  - levotiroxina (a dosi soppressive)
  - antiepilettici
  - anticoagulanti (eparina)
  - immunosoppressori
  - antiretrovirali
  - sali di litio
  - agonisti del GnRH
  - chemioterapia in età pediatrica (1)
  - radioterapia in età pediatrica (2)
- d. patologie a rischio di osteoporosi:
  - malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismo, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1);
  - rachitismi/osteomalacia;
  - sindromi da denutrizione, compresa l'anoressia nervosa e le sindromi correlate;
  - celiachia e sindromi da malassorbimento;
  - malattie infiammatorie intestinali croniche severe;
  - epatopatie croniche colestatiche;
  - fibrosi cistica;

- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica;
- emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi);
- artrite reumatoide (incluso morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche;
- patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico;
- trapianto d'organo;
- allattamento e immobilizzazioni prolungate (>3 mesi);
- paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

(1) la chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori

(2) la radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori

La densitometria ossea è indicata anche nelle donne in menopausa con:

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

La densitometria ossea è infine indicata in presenza di:

- 3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa:
  - a. età superiore a 65 anni;
  - b. anamnesi familiare per severa osteoporosi;
  - c. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea menopausale;
  - d. inadeguato apporto di calcio (<1200 mg/die);
  - e. fumo > 20 sigarette/die;
  - f. abuso alcolico (> 60 g/die di alcol).
- 3 o più fattori di rischio minori per gli uomini di età superiore a 60 anni:
  - a. anamnesi familiare per severa osteoporosi;
  - b. magrezza (indice di massa corporea < 19 Kg/m<sup>2</sup>);
  - c. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mg/die);
  - d. fumo > 20 sigarette/die;
  - e. abuso alcolico (> 60 g/die di alcol).

NB: L'onere delle prestazioni di densitometria ossea erogate a soggetti che non rientrano nei criteri sopra indicati sarà posto totalmente a carico dell'utente.

## CHIRURGIA REFRAATTIVA

Tale prestazione rientra nei LEA in caso di:

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

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

## Cure termali

Ciascun assistito ha diritto ad usufruire, con oneri a carico del SSN, di un solo ciclo di cure termali nell'arco di un anno, tranne nel caso di appartenenza ad una categoria protetta (\*), per le patologie previste dal DM 22 marzo 2001 e di seguito elencate:

- malattie reumatiche: osteoartrosi, reumatismi extra-articolari;
- malattie delle vie respiratorie: sindromi rinosinusitiche, bronchiali croniche, bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato;
- malattie dermatologiche: psoriasi acuta esclusa la forma pustolosa eritrodermica, eczema, dermatite atopica, dermatite seborroica ricorrente;
- malattie ginecologiche: sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva, leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche e distrofiche;
- malattie dell'apparto otorinolaringoiatrico: rinopatia vasomotoria, faringolaringiti croniche, sinusiti croniche, stenosi tubariche, otiti catarrali croniche, otiti croniche purulente non colesteatomatose;
- malattie dell'apparato urinario: calcolosi delle vie urinarie;
- malattie vascolari: postumi di flebopatie di tipo croniche;
- malattie dell'apparato gastroenterico: dispepsia di origine gastroenterica e biliare, sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi.

La prescrizione avviene su ricettario del SSN a cura del MMG, PLS o medico specialista di una delle branche attinenti alle patologie che possono trarre beneficio dalle cure.

L'erogazione delle cure presso gli stabilimenti termali convenzionati con il SSN è assoggettata alle norme di compartecipazione alla spesa sanitaria.

(\*) **Categorie protette**

Come precisato nella nota della Regione Veneto del 16 marzo 2005, possono usufruire di un secondo ciclo di cure termali nell'arco dello stesso anno solare:

- invalidi civili con una percentuale superiore ai due terzi con codici 3C1 e 3C2
- invalidi per causa di guerra e di servizio con codici 3M1, 3M2, 3M3
- ciechi e sordomuti con codici 3N1 e 3S1
- invalidi del lavoro con codici 3L1 e 3L2 (quelli con codice 3L3 hanno una riduzione della capacità lavorativa < 2/3 e quindi non hanno diritto ad un secondo ciclo di cure termali)