



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 12

IN DATA 29/02/2016

OGGETTO: Esenzione ticket per gravidanza e gravidanza "a rischio" (M50). Direttiva regionale.

Il Responsabile dell'Istruttoria
(dott.ssa **Giuseppina Trofa**)

Il Direttore del Servizio Programmazione
Servizi Territoriali delle Attività Distrettuali
e della Medicina Generale
(dott.ssa **Giovanna Bizzarro**)

Il Direttore Generale per la Salute
(dott.ssa **Marinella D'Innocenzo**)

VISTO : Il Sub Commissario Ad Acta
(dott. **Gerardo di Martino**)



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 12

IN DATA 29/02/2016

OGGETTO: Esenzione ticket per gravidanza e gravidanza "a rischio" (M50). Direttiva regionale.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTO:

- il Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998, recante "Aggiornamento del D.M. 6 Marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 Aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità", che :
 - o all'art. 1, comma 1 stabilisce: "Sono escluse dalla partecipazione al costo (...) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente decreto (...), 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”;

- all’art. 1, comma 2 testualmente recita: *“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’articolo 2 e dagli allegati A, B e C.”;*

TENUTO CONTO che le casistiche rientranti nell’articolo 2 e negli allegati A, B e C del ridetto D.M. Sanità sono:

- 1) accertamento eventuali difetti genetici in funzione pre-concezionale;
- 2) presenza di condizioni patologiche che comportino rischi per il feto o la madre;
- 3) diagnosi pre-natale, nel caso vi sia un rischio procreativo prevedibile a priori, o rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione;
- 4) minaccia di aborto;

RILEVATO che la Commissione Regionale per l’Appropriatezza Prescrittiva (nel prosieguo C.A.P.), costituita con D.C.A. n. 13/2015, DDGS n. 48 del 30.03.2015 e DDGS n. 230 del 28.10.2015, ha rilevato, nel corso della riunione tenutasi in data 01.12.2015, una diffusa inappropriately nell’applicazione, da parte dei clinici regionali, dell’esenzione ticket M50 - *giusta verbale in data 01.12.2015, redatto in esito alla riunione e agli atti del competente Servizio della DG per la Salute -;*

RITENUTO, pertanto, che nei casi su elencati è necessaria la prescrizione del medico specialista e che, per l’erogazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR, è necessario utilizzare esclusivamente il ricettario SSN, giusta Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, del 18 maggio 2004;

ATTESO che la C.A.P. ha proposto, all’uopo, la emanazione di specifica direttiva regionale per la corretta applicazione dell’esenzione ticket M50 in caso di gravidanza a rischio;

VISTO il documento tecnico, allegato sub lettera A), recante <<*Appropriatezza prescrittiva in gravidanza: Direttiva regionale per la corretta applicazione dell’esenzione ticket M50 in caso di gravidanza a rischio*>>, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto a cura del competente Servizio della Direzione Generale per la Salute secondo le indicazioni fornite dalla C.A.P. in data 01.12.2015 - verbale del 15 dicembre 2015, agli atti del competente Servizio della Direzione Generale per la Salute -;

RITENUTO, pertanto, di fare proprie le indicazioni fornite dalla competente C.T.R. e di approvare il su citato documento tecnico <<*Appropriatezza prescrittiva in gravidanza: Direttiva regionale per la corretta applicazione dell’esenzione ticket M50 in caso di gravidanza a rischio*>>;

In virtù dei poteri conferiti con le Deliberazioni del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa,

D E C R E T A

per quanto esposto in premessa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

di recepire e fare proprie le indicazioni fornite dalla competente C.A.P., come indicato nel verbale del 01 dicembre 2015, agli atti del competente Servizio della Direzione Generale per la Salute;

di approvare il documento tecnico, redatto in seguito alle indicazioni fornite dalla competente C.A.P., recante <<*Appropriatezza prescrittiva in gravidanza: Direttiva regionale per la corretta applicazione dell'esenzione ticket M50 in caso di gravidanza a rischio*>>, allegato sub. lett. A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di stabilire che la Direzione Generale ASREM, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento, provvederà ad individuare i Centri autorizzati al rilascio dell'attestato di "Gravidanza a Rischio" e competenti per la prescrizione a carico del SSN degli esami diagnostici necessari al monitoraggio della stessa - *garantendo la più ampia presenza possibile su tutto il territorio regionale (specialisti ospedalieri o ambulatoriali, consultori familiari)* -;

di stabilire, inoltre, che le modalità di prescrizione, nel territorio regionale, degli esami per il monitoraggio della gravidanza a rischio, con esenzione M50, previste dalla Direttiva regionale di cui all'allegato A), entreranno in vigore dall'individuazione dei ridetti Centri da parte della ASReM;

di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale A.S.Re.M. per i successivi adempimenti di competenza;

Il presente decreto, composto da n. 4 pagine e n. 1 allegato, sarà pubblicato nel B.U. della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura





Regione Molise

Direzione Generale per la Salute

Appropriatezza prescrittiva in gravidanza: direttiva regionale per la corretta applicazione dell'esenzione ticket M50 in caso di gravidanza a rischio.

Premessa

La normativa di riferimento della presente Direttiva è costituita dal Decreto ministeriale 10 settembre 1998, avente ad oggetto *“Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l’aggiornamento del decreto ministeriale 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”* (allegato 1)

Il citato decreto ministeriale all’articolo 1 comma 1 stabilisce: *“Sono escluse dalla partecipazione al costo...le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente decreto.... 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. Al fine di poter usufruire delle suddette prestazioni sanitarie la prescrizione 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’articolo 2 e degli allegati A B e C del citato Decreto Ministeriale del 1998.

In tali casi, pertanto, è obbligatoria la prescrizione delle prestazioni da parte del medico specialista che, in ottemperanza alle normative nazionali e regionali vigenti, dovrà utilizzare il previsto ricettario del SSR oppure la ricetta elettronica.

Nei casi sopracitati è necessario inoltre che lo specialista indichi anche nella prescrizione la diagnosi o il sospetto diagnostico. Dall’evidenziato obbligo della prescrizione specialistica ne deriva l’impossibilità da parte del medico di medicina generale di effettuare la prescrizione a carico del SSN applicando l’esenzione M50.

Il codice M50 (esenzione per stato di gravidanza a rischio, minaccia d’aborto) è utilizzato nel caso di gravi complicazioni in gravidanza o nel caso di condizioni di salute che possano essere aggravate dalla gravidanza stessa. Il certificato che attesta la gravidanza a rischio può essere rilasciato da un ginecologo dipendente dal SSN oppure da un ginecologo libero professionista. Nel caso il certificato sia rilasciato da un ginecologo libero professionista la donna deve poi recarsi presso un Centro individuato dall’Azienda Sanitaria per l’accertamento da parte di un medico di struttura pubblica.

Il concetto di “gravidanza ad alto rischio” non rappresenta una diagnosi specifica, bensì la definizione di uno stato generico (anche se eventi avversi potrebbero non verificarsi durante il decorso della gravidanza).

Similmente anche il neonato di queste mamme andrà considerato a rischio e sottoposto ad un adeguato periodo di osservazione.

Queste gravidanze, tuttavia, costituiscono la minoranza dei casi che pervengono allo specialista, mentre la maggioranza dei rischi ostetrici e degli eventi patologici successivi si presentano in quelle gravidanze che, al momento della valutazione iniziale appaiono a basso rischio.

La valutazione di una gravidanza, quindi, va fatta in tutte le fasi della stessa, dall’esordio al post partum, tenendo presente due concetti (Linee Guida nazionali di riferimento):

- **il 15% delle gravidanze è ad alto rischio;**
- **non solo le gravidanze ad alto rischio, ma anche quelle considerate a basso rischio (85%) possono associarsi ad eventi avversi materno-fetali.**

La gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi in modo non sempre prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, il feto ed il neonato. Per questo motivo si è scelto di adottare il termine di “gravidanza a basso rischio” anziché quello di “gravidanza fisiologica”. Sempre per questo motivo, e con l’obiettivo di assicurare la migliore assistenza alla donna gravida ed al feto, si consiglia una sorveglianza costante in tutte le fasi del processo con una rivalutazione continua e dinamica del profilo di rischio rivolta alla prevenzione e/o diagnosi precoce delle patologie di più frequente comparsa. L’accertamento del rischio è una procedura continua durante tutta la gravidanza e il travaglio. In ogni momento possono insorgere complicanze ed indurre alla decisione di indirizzare la donna ad un più alto livello di assistenza (allegato 3).

MODALITA' DI PRESCRIZIONE

Le modalità di prescrizione, nel territorio regionale, di esami per il monitoraggio della gravidanza a rischio, con esenzione M50, sono le seguenti:

1. La Direzione Generale ASREM individua i Centri autorizzati al rilascio dell’attestato di Gravidanza a Rischio e competenti per la prescrizione a carico del SSN degli esami diagnostici necessari al monitoraggio della stessa, garantendo la più ampia presenza possibile su tutto il territorio regionale (*specialisti ospedalieri o ambulatoriali, consultori familiari*);
2. Il MMG, o lo specialista privato, formula la diagnosi o il sospetto diagnostico di “*gravidanza a rischio*”, specificandone la possibile causa individuata tra i criteri di esclusione dall’assistenza alla gravidanza fisiologica a “basso rischio” (*allegato 2 e 3*);
3. Il MMG invia l’interessata ad uno dei Centri individuati dalla ASREM con la richiesta di “*visita specialistica per riconoscimento gravidanza a rischio*”, con indicazione del **codice di priorità B**;
4. Lo specialista del Centro valuta la richiesta ed, eventualmente, rilascia l’attestato di “*gravidanza a rischio*”;
5. Nel prosieguo della gravidanza, per la prescrizione a carico del SSN di esami che necessitano la prescrizione specialistica, ai sensi del D.M. 10 settembre 1998 art. 1, comma 2 (*allegato 3*), e che vengono ritenuti utili per il monitoraggio dello specifico rischio gravidico attestato, il MMG o lo specialista privato inviano la paziente ad uno dei su menzionati Centri ASREM, con richiesta di “*visita specialistica per eventuale prescrizione esami di monitoraggio gravidanza a rischio*” e con indicazione del **codice di priorità B** o, in caso di comprovata urgenza, il **codice U**.
Lo specialista del centro effettua la valutazione delle richieste di accertamenti e provvede all’eventuale prescrizione su ricettario del SSN, o in forma dematerializzata, specificando la diagnosi o il sospetto diagnostico e utilizzando il codice di esenzione M50;
6. Le richieste di accesso alle strutture individuate al punto 1 che riportano il Codice priorità B devono rispettare tempi di attesa non superiori a 10 giorni.

D.M. 10 SETTEMBRE 1998 Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità. (Pubblicato nella GU 20 ottobre 1998, n. 245).

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 dagli allegati A, B e C.

Art. 2

1. In funzione pre concezionale 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 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, 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

ALLEGATO A

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ 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, IgM)
91.09.4 TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) (IgG, 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 TIREOPERROSSIDASI (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.

ALLEGATO B

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

All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13^a 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 ABO 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 17^a 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 emoagglutin. passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner

91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]: qualora non eseguite 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 34^a-36^a settimana.

Tra la 14^a e la 18^a settimana:

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Tra la 19^a e la 23^a settimana:

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA

Tra la 24^a e la 27^a settimana:

90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Tra la 28^a e la 32^a 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

Fra la 33^a e la 37^a 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 38^a e la 40^a settimana:

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Dalla 41^a 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 COLTURALE 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 resosi evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologie genetiche.

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

- 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.

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO

CRITERI DI INCLUSIONE

SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO ANAMNESTICO

Età materna inf. 18
Peso pre-gravidico inf. Al 20% del peso ideale
Fumo (attuale) superiore/uguale a 20 sig./di.
Tossicodipendenza
Grande multiparità sup. a 4 gravidanze a termine
Condizione sociale sfavorevole
Esposizione a rischi ambientali e professionali*
Esposizione a raggi e farmaci
Malattie eredo-familiari
Sindromi immunitarie/malattie autoimmuni
Ipertensione
Diabete
Coagulopatie/patologie ematologiche e vascolari
Patologie oncologiche
Cardiopatie
Nefropatie
Endocrinopatie **
Epilessia
Patologie psichiatriche
Malformazioni uterine
Malattie a trasmissione sessuale
Storia ostetrica sfavorevole

Aborto abituale
Abortività tardiva o parto pretermine

Morte fetale da cause sconosciute
Morte fetale
Iposviluppo inf. 10' percentile
Ipertensione in gravidanza
Preclampsia o eclampsia
Diabete gestazionale
Isoimmunizzazione materno-fetale
Anomalie congenite fetali
Interventi chirurgici sull'utero ***
Gravidanza multipla
Gravidanza in portatrice di IUD

Le gravide che presentano una o più di queste condizioni saranno gestite e assistite seguendo un piano assistenziale e protocolli diversi dalla Linea Guida Proposta per le gravidanze fisiologiche. Il venir meno alla condizione (criterio di inclusione) può comportare il ritorno alla gestione riservata alle gravidanze fisiologiche.

** Sono escluse le patologie tiroidee in eutiroidismo trattate con tiroidina.

*** I pregressi T.C. non costituiscono criterio di esclusione, salvo prevedere un colloquio con il ginecologo da farsi al 5° mese per la valutazione delle modalità di parto.

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO**CRITERI DI INCLUSIONE****SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO ATTUALE ***

	FATTORE DI RISCHIO SOSPETTO O ACCERTATO	SETTIMANA DI GESTAZIONE IN CUI SI VERIFICA
	Gravidanza multipla	
	Malformazione uterina	
	Miomi uterini	
	Infezioni urinarie attuali o ricorrenti	
	Infezioni genitali a rischio di trasmissione materno-fetale/ neonatale	
	Infezioni sistemiche a rischio di trasmissione materno-fetale/ neonatale	
	Inserimento placentare anomalo	
	Presentazione anomala	
	Iperensione in gravidanza, preclampsia, eclampsia	
	Minaccia di parto pretermine o d'aborto	
	Oligo-polidramnios	
	Malformazioni o patologie fetali	
	Ritardo di crescita intrauterino	
	Microsomia fetale	
	Sanguinamenti anomali	
	Diabete gestazionale	
	Isoimmunizzazione materno-fetale	
	HIV-AIDS	
	Dati di laboratorio anomali	
	Tromboflebite	
	Alterazioni della funzione epatica	
	Sifilide attiva	
	Malaria	
	Parassitosi intestinali	
	Asma-TBC-insufficienza respiratoria	
	Malattia reumatica cardiaca	
	Endocrinopatie	
	Cardiopatie	
	Gravidanza in portatrice di IUD	
	Insorgenza di psicopatologia	
	Richiesta frequente di consulenza	
	Altro	

* Le gravide che presentano una o più di queste condizioni saranno valutate dallo specialista preposto e seguiranno un piano assistenziale e protocolli diversi dalla Linea Guida proposta per le gravidanze a basso rischio.