

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

SERVIZIO PER IL COORDINAMENTO DELLE
ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE

*Vademecum per l'applicazione della
normativa ticket*
per operatori amministrativi e sanitari

(8ª edizione aggiornata a Ottobre 2013)

PRESTAZIONI SANITARIE SOGGETTE AL TICKET	6
IMPORTO TICKET	6
TETTO MASSIMO DI SPESA PER RICETTA	6
TETTO MASSIMO DI SPESA PER LE CURE TERMALI	6
RISCOSSIONE DEL TICKET	7
INDICAZIONI OPERATIVE SUL RECUPERO DEL TICKET.....	8
RIMBORSO TICKET.....	9
TICKET INDEBITAMENTE PAGATO E TERMINI DI PRESCRIZIONE	9
RIMBORSI DI SOMME RELATIVE A TICKET ERRONEAMENTE RISCOSSI	9
MANCATO RITIRO DEI REFERTI	10
MANCATA DISDETTA DELLE PRENOTAZIONI.....	10
SOGGETTI TOTALMENTE ESENTI DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA.....	10
CITTADINI PARZIALMENTE ESENTI	11
PROVVEDIMENTI DI SOSTEGNO AI LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI	12
NUOVE MODALITA' DI GESTIONE DELLE ESENZIONI PER REDDITO	13
CHIARIMENTI RELATIVI ALLE ESENZIONI PER REDDITO.....	14
REDDITO COMPLESSIVO	14
NUCLEO FAMILIARE	14
DISOCCUPATI	15
TITOLARI DI PENSIONE AL MINIMO.....	15
TITOLARI DI ASSEGNO SOCIALE.....	15
ISTRUZIONI OPERATIVE PER GLI AMBITI DI PRENOTAZIONE/EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	16
NUOVI TICKET (QUOTA FISSA SULLA RICETTA) MODULATI IN BASE AL REDDITO.....	18
MODALITÀ DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLA FASCIA DI REDDITO.....	19
TICKET E QUOTA FISSA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	20
ASPETTI PARTICOLARI	21
ESENZIONI A CONTENUTO SANITARIO.....	22
ESENZIONI PER INVALIDITÀ	22
ESENZIONI PER MALATTIE CRONICHE.....	24

DEFINIZIONE DEL PERIODO MINIMO DI VALIDITÀ DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL TICKET PER MALATTIE CRONICHE ED INVALIDANTI.....	28
ESENZIONI PER MALATTIE RARE	29
SISTEMA REGIONALE INFORMATIZZATO PER LE MALATTIE RARE.....	30
PRESTAZIONI SENZA COLLEGAMENTO INFORMATICO ALLA PATOLOGIA ESENTE	31
SITUAZIONI PARTICOLARI LEGATE A SPECIFICHE APPARECCHIATURE /METODICHE ESISTENTI NEL DISTRETTO E/O AZIENDA.....	33
ALTRE.....	33
RICETTA DEL SSN	35
VALIDITA' DELLE PRESCRIZIONI.....	37
PRESCRIZIONI RILASCIATE A CITTADINI STRANIERI (extracomunitari) e COMUNITARI	37
INDICAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI E AMMINISTRATIVI	40
CODIFICA NAZIONALE E REGIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DAL TICKET.....	41
TABELLA CODIFICHE ESENZIONE	41
DESCRIZIONE DI ALCUNE TIPOLOGIE DI ESENZIONI NON ATTESTATE SULLA TESSERA SANITARIA	44
PROTOCOLLO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE PSICO-FISICA DEI BAMBINI ADOTTATI.....	46
TIPOLOGIE DI ESENZIONI ATTESTATE SULLA TESSERA SANITARIA	46
GRAVIDANZA FISIOLÓGICA.....	48
DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 1704 DEL 19.11.2012 “RECEPIMENTO DELLE LINEE GUIDA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA DEL SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA”	48
PRESTAZIONI DELL'ALLEGATO B DEL D.M. 10.9.1998	50
MINACCIA DI ABORTO	52
PRESTAZIONI FINALIZZATE ALLA DIAGNOSI PRENATALE DI CUI ALL'ALLEGATO C del Decreto 10 settembre 1998”.	52
PRECONCEZIONE	52
CAMPAGNE DI SCREENING	55
DIAGNOSI PRECOCE / PREVENZIONE (Legge finanziaria 2001)	57
CODICI DI ESENZIONE PER DIAGNOSI PRECOCE (Prevenzione) - SCREENING.....	57
PERCORSI PER MAMMOGRAFIA EXTRASCREENING E PRESTAZIONI CORRELATE .	58
TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA E PROFILASSI.....	59
PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI.....	59

MONITORAGGIO POST ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHI DI INFEZIONE HBV, HCV, HIV	59
PROGRAMMA REGIONALE DI VACCINAZIONE ANTI-HPV	60
CONTROLLO POST VACCINALE DEGLI ANTICORPI HBSAB ED EVENTUALI SUCCESSIVI INTERVENTI DI PROFILASSI	61
<i>PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO</i>	62
PRESTAZIONI CONNESSE AL PRE RICOVERO	62
PRESTAZIONI POST RICOVERO.....	63
<i>MEDICINA SPORTIVA</i>	64
ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA	64
ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA	66
<i>PRONTO SOCCORSO</i>	68
<i>PRESTAZIONI IN CONTINUITÀ DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA</i>	69
<i>CONTINUITÀ TERAPEUTICA</i>	69
<i>COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO</i>	69
<i>ASSISTENZA ODONTOIATRICA</i>	70
<i>NOMENCLATORE NAZIONALE E REGIONALE</i>	77
CHIARIMENTI PER L'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE DEL NOMENCLATORE REGIONALE	77
<i>VISITE SPECIALISTICHE</i>	78
<i>APPROFONDIMENTI E CHIARIMENTI RISPETTO A CASISTICHE PARTICOLARI</i>	80
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE.....	80
CARDIOLOGIA	82
CHIRURGIA GENERALE.....	82
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	82
DERMOSIFILOPATIA	82
DIETOLOGIA.....	82
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA.....	83
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA.....	85
NEUROLOGIA.....	85
OCULISTICA	85
ODONTOSTOMATOLOGIA	86
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	86
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	86

OTORINOLARINGOIATRIA	86
PNEUMOLOGIA.....	86
PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI.....	87
PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE NON RECANTI L'INDICAZIONE DEL CICLO	90
ESEMPI PRATICI DI QUANTO FINORA PUNTUALIZZATO.....	90
<i>PRECISAZIONI SU PRESTAZIONI PARTICOLARI</i>	<i>91</i>

PRESTAZIONI SANITARIE SOGGETTE AL TICKET

- Diagnostica strumentale e di laboratorio e specialistica in regime ambulatoriale;
- Assistenza termale;
- Pronto soccorso per le prestazioni non esenti in base alla normativa regionale.

IMPORTO TICKET

Si deve corrispondere il prezzo della prestazione specialistica di diagnostica strumentale e di laboratorio se di prezzo inferiore a € 36.15

Si deve corrispondere la somma di € 36.15 per prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale o di laboratorio se il loro prezzo per singola ricetta è superiore a € 36.15

TETTO MASSIMO DI SPESA PER RICETTA

- E' applicato a ciascuna ricetta ;
- Non possono rientrare nel tetto massimo di spesa di € 36,15 previsto dalla normativa per la singola ricetta, prestazioni specialistiche disposte in tempi successivi anche se effettuate nella stessa seduta diagnostico/terapeutica;
- Rientrano nel tetto massimo le prestazioni specialistiche della stessa branca contenute nelle stessa ricetta fino al numero massimo di otto fatte salve le condizioni di prescrivibilità previste per la Medicina Fisica e Riabilitazione.
- L'appartenenza di ogni prestazione ad una branca specialistica è definita nel Nomenclatore Nazionale/Regionale delle prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale e di laboratorio.

TETTO MASSIMO DI SPESA PER LE CURE TERMALI

Dall' 1.1.2003 il tetto massimo di spesa per le cure termali è di € 50 per ricetta.

RISCOSSIONE DEL TICKET

Con note del Direttore Sanitario Prot.n. 63479 del 27.7.2007 e Prot. n. 173 del 20.12.2007 si è ribadito che il ticket deve essere pagato al momento della effettuazione della prestazione qualora non versato al momento della prenotazione. E' prevista la differita consegna del referto al momento del successivo pagamento in caso di verificato inadempimento. Limitatamente alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio il pagamento del ticket può in via eccezionale essere differito sino all'atto della consegna del referto.

Per quelle prestazioni di cura, anche consistenti in cicli, che non richiedono, per la loro stessa natura, la produzione di un referto, se al momento della erogazione della prestazione - nel caso di prestazioni a cicli al momento della prima seduta - il cittadino non ha ancora provveduto al pagamento del ticket, la prestazione non deve essere eseguita.

Costituiscono eccezione i soli casi, da valutarsi dal Responsabile dell'Unità Operativa o da un suo delegato, in cui la documentazione sanitaria evidenzia condizioni cliniche di pericolo immediato per la salute dell'assistito.

INDICAZIONI OPERATIVE SUL RECUPERO DEL TICKET

L'azione di recupero del ticket da parte delle Strutture presuppone l'utilizzo del programma AURIGA insieme alla documentazione cartacea che dovrebbe essere costituita, se completa, da **prescrizione, prenotazione e referto**. In carenza di qualsiasi documentazione si può procedere comunque al recupero del ticket se si tratta di prestazione registrata in AURIGA come effettuata ma anche come prenotata: in questo caso è sufficientemente garantito che la prestazione sia stata effettivamente erogata.

Vengono utilizzate lettere-tipo predisposte per il primo e per il secondo sollecito. Tali lettere introducono la possibilità del pagamento tramite riscuotitrice automatica e uniformano le spese di recupero e postali (euro 1 per la prima lettera, euro 5 per la seconda lettera).

L'azione di recupero deve comunque essere attivata quando:

- la documentazione è costituita dal solo referto pur non corrispondendovi un caricamento della prestazione in Auriga in quanto il referto attesta con certezza l'avvenuta erogazione della prestazione
- come documentazione è disponibile solo la prescrizione, ma la prestazione è caricata in Auriga

L'Operatore che effettua la verifica sulla posizione del soggetto, ai fini dell'esenzione del ticket deve osservare il seguente comportamento:

- non deve dare corso all'azione di recupero se verifica l'apposizione da parte del medico del codice di patologia o di invalidità sulla ricetta del SSN o sul modulo pluriprescrittivo;
- non deve dare corso all'azione di recupero se l'assistito sul retro della ricetta del SSN o sul modulo pluriprescrittivo o con modulo a parte ha dichiarato l'esenzione per reddito legato ad età, status di pensionato al minimo o sociale, disoccupazione; si ritiene che ugualmente non debba dare corso all'azione di recupero quando la ricetta è intestata a soggetto ultrasessantacinquenne e questi abbia apposto la sua firma per autocertificazione nell'apposito spazio nel fronte della ricetta. **Queste indicazioni sono valide per le condizioni di esenzione autocertificate prima dell'entrata in vigore della normativa regionale sulle esenzioni per reddito (Circ.reg. n. 15/2010).**
- deve dare corso all'azione di recupero se, ai fini della esenzione legata al reddito, sulla ricetta è riportata la R barrata, ma l'assistito non ha reso la dichiarazione di cui sopra;
- autonomamente, alla pari dell'operatore CUP, può prendere atto dell'esenzione nel caso di soggetto titolare di invalidità che dà diritto all'esenzione totale dal ticket, erroneamente non applicata.

Circa l'attivazione o il prosieguo dell'azione di recupero con riguardo all'importo del ticket o al sopravvenuto decesso dell'assistito:

- per le pratiche relative a persone decedute si procede al recupero solo se le prestazioni si riferiscono all'anno in corso;
- se l'importo del ticket è inferiore a euro 12 si procede al 1° sollecito, ma non si prosegue con la diffida.

Circa il recupero del credito tramite la cartella esattoriale, la procedura da intraprendere è la seguente:

- la struttura deve attivarsi quando sono trascorsi inutilmente 60 giorni dal sollecito-ultimo avviso inviando al Servizio Economico-Finanziario, tramite posta elettronica – m.argenton@ausl.mo.it ovvero a.rosati@ausl.mo.it - elenco intestato "recupero ticket" comprendente i nominativi degli inadempienti, il loro codice fiscale, il loro indirizzo, gli estremi della ricevuta di ritorno relativa alla lettera di sollecito-ultimo avviso, l'importo del credito più le spese (5 euro).

I Distretti debbono organizzare ed effettuare il recupero ticket non pagato anche per le prestazioni specialistiche erogate dalle Strutture sanitarie private accreditate che insistono nella propria circoscrizione territoriale. Devono ricevere dai Centri accreditati sia la documentazione relativa alle prestazioni per le quali non è stato ritirato il referto perché procedano all'addebito della prestazione (a tariffa intera, e anche nel caso in cui il cittadino sia esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria), sia la documentazione relativa alle prestazioni per le quali il referto è stato consegnato nonostante il mancato pagamento perché procedano al recupero del ticket.

I Distretti devono altresì procedere al recupero degli importi derivanti dall'annullamento/revoca di precedenti esenzioni per motivi di reddito o modifiche di fascia, qualora l'utente abbia fruito di prestazioni nel periodo di validità dell'esenzione risultata non applicabile, o della fascia che successivamente sia stata modificata. A tal fine è stato predisposto uno specifico applicativo, già presentato agli operatori.

RIMBORSO TICKET

Nelle operazioni di recupero di ticket non pagati può succedere che venga richiesto il pagamento ad un cittadino esente. In questo caso l'interessato può rilasciare/spedire una dichiarazione scritta in merito alle motivazioni per le quali ha diritto all'esenzione.

Nel caso di invio a mezzo posta, l'interessato dovrà allegare copia di un documento di riconoscimento.

TICKET INDEBITAMENTE PAGATO E TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il cittadino che ha pagato indebitamente il ticket può richiederne la restituzione sulla base dell'art. 2946 del codice civile che per la prescrizione ordinaria dei diritti prevede il termine di dieci anni. (nota Assessorato regionale Prot. PG/2010/195891 del 2.8.2010).

Un'ipotesi frequente è quella relativa alla categoria dei lavoratori colpiti dalla crisi che all'atto della fruizione della prestazione non erano a conoscenza del provvedimento regionale anticrisi e solo successivamente richiedono la restituzione del ticket pagato indebitamente. In questi casi occorre acquisire una dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale il lavoratore dichiara, a posteriori, che al momento della fruizione della prestazione sanitaria si trovava in una delle condizioni previste dalla DGR n. 2000/2013.

RIMBORSI DI SOMME RELATIVE A TICKET ERRONEAMENTE RISCOSSI

Rimborso totale

- Compilare e rilasciare all'utente il modulo di domanda per il rimborso del ticket
- Allegare al modulo le ricevute di pagamento (originale e copia). Trasmettere la documentazione al Servizio Economico Finanziario che provvederà successivamente al rimborso del ticket secondo le modalità richieste dall'utente.

Rimborso parziale

1. Compilare e rilasciare all'utente il modulo di domanda per il rimborso del ticket;
2. Correggere l'importo sul modulo di prenotazione e sulle ricevute di pagamento, effettuare fotocopia del modulo corretto e consegnarla all'utente per ricevuta previa apposizione della scritta: "Effettuato rimborso parziale. La presente copia è conforma all'originale agli atti della azienda USL di Modena" (data, firma e timbro)

3. Trasmettere la documentazione al Servizio Economico Finanziario che provvederà successivamente al rimborso del ticket secondo le modalità richieste dall'utente.

MANCATO RITIRO DEI REFERTI

La Legge Finanziaria n. 412/91 stabilisce che i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o di esami diagnostici e di laboratorio siano tenuti al pagamento per intero della prestazione fornita. Il termine massimo entro cui i referti devono essere ritirati è fissato in giorni 60 dalla data di ritiro degli stessi.

La Legge Finanziaria per il 2007 (n.296/2006) conferma il pagamento per intero delle prestazioni relativamente alle quali il cittadino, anche se esente, non ha provveduto a ritirare il referto.

MANCATA DISDETTA DELLE PRENOTAZIONI

L'utente che non si presenti o non preannunci l'impossibilità di fruire delle prestazioni prenotate è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione (art.3 comma 15 del D.Lgs n. 124/1998)

CONTROLLI

È compito degli uffici Amministrativi effettuare i dovuti controlli sulla veridicità delle autocertificazioni relative alle esenzioni legate al reddito con le modalità impartite dalla direzione aziendale.

SOGGETTI TOTALMENTE ESENTI DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

1. **CITTADINI DI ETÀ INFERIORE A SEI ANNI** e appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98; **CITTADINI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI** e appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98.
L'esenzione non si applica ai familiari anche se a carico
2. **TITOLARI DI ASSEGNO SOCIALE E LORO FAMILIARI A CARICO**
3. **TITOLARI DI PENSIONI AL MINIMO DI ETÀ SUPERIORE A 60 ANNI** e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo il cui reddito non sia superiore a € 8.263,31 annui incrementati fino a € 11.362,05 all'anno in presenza del coniuge (anche non a carico) e in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.
4. **DISOCCUPATI** iscritti ai Centri per l'impiego e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo il cui reddito, riferito all'anno precedente, non sia superiore a € 8.263,31 annui incrementati fino a € 11.362,05 all'anno in presenza del coniuge (anche non a carico) e in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.
5. **CITTADINI STRANIERI CON PERMESSO DI SOGGIORNO PER RICHIESTA D'ASILO**
Non potendo svolgere un'attività lavorativa sono equiparati ai disoccupati italiani. Il cittadino deve esibire il permesso di soggiorno o la ricevuta postale di richiesta di Pds, da allegare alla prenotazione, l'operatore utilizza il codice di esenzione **E02AP**. All'ottenimento dell'asilo politico cessa il diritto all'esenzione.

6. **INVALIDI DI GUERRA** dalla 1^a alla 5^a categoria (militari e civili titolari di pensione diretta vitalizia) (*)
7. **INVALIDI PER SERVIZIO** 1^a categoria (*)
8. **INVALIDI PER SERVIZIO** dalla 2^a alla 5^a categoria
9. **INVALIDI CIVILI AL 100%** (compresi i titolari di assegno accompagnamento) (*)
10. **INVALIDI CIVILI con invalidità dal 67% al 99%**
11. **CIECHI ASSOLUTI** (*)
12. **CIECHI NON ASSOLUTI**
13. **EX DEPORTATI** nei campi di sterminio (*)
14. **GRANDI INVALIDI PER LAVORO** dal 80% al 100% (*)
15. **INVALIDI PER LAVORO** con invalidità dal 67% al 79%
16. **SORDOMUTI**
17. **MINORI DI 18 ANNI** con indennità di frequenza
18. **VITTIME DEL TERRORISMO E LORO FAMILIARI (incluso i familiari dei deceduti limitatamente al coniuge ed ai figli e, in mancanza dei predetti, ai genitori)**- Esenzione per la totalità delle prestazioni sanitarie - anche non correlate alla patologia invalidante -e farmaceutiche, inclusa la quota di partecipazione alla spesa sui medicinali generici.
L'esenzione è riconosciuta dalla USL dietro presentazione della certificazione rilasciata dal Prefetto del luogo di residenza. **La legge Finanziaria per il 2008** (n.244/07) ha esteso il diritto all'erogazione, a carico del SSN, dei farmaci di classe C - diritto già riconosciuto alle vittime con invalidità superiore all'80% - anche alle vittime del terrorismo e di stragi di tale matrice con invalidità inferiore all'80% e ai loro familiari, nonché ai familiari delle vittime con un'invalidità superiore all'80%, purché il medico ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.
Per le prescrizioni farmaceutiche occorre riportare sulla ricetta il relativo codice regionale di esenzione **V01**.

(*) Queste categorie sono esenti dal pagamento della quota fissa ancora in vigore per le cure termali

CITTADINI PARZIALMENTE ESENTI

1. **INVALIDI DI GUERRA** (militari e civili titolari di pensione diretta vitalizia) 6^a-7^a-8^a categoria. Esenti per le sole prestazioni correlate alla invalidità riconosciuta: se esenti non è dovuta la quota fissa per le cure termali.
2. **INVALIDI PER SERVIZIO** dalla 6^a alla 8^a categoria. Esenti per le sole prestazioni correlate alla invalidità riconosciuta.
3. **INFORTUNATI SUL LAVORO O AFFETTI DA MALATTIE PROFESSIONALI** Esenti per le sole prestazioni correlate all'infortunio o malattia e durante la fase retribuita degli stessi anche se effettuate successivamente purché richieste nella fase retribuita (**fa fede la data della prescrizione**).
4. **INVALIDI PER LAVORO CON INVALIDITÀ INFERIORE a 2/3**
Esenti per le sole prestazioni correlate alla invalidità riconosciuta.
5. **SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI** identificate dai codici da **001 a 056, e 0A02, 0B02, 0C02, 0A31**: esenzione per le prestazioni individuate dal D.M. 329/99 e successive integrazioni.
6. **SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIE RARE**: esenzione per le prestazioni sanitarie, incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento e il monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.
7. **SOGGETTI DANNEGGIATI A CAUSA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI, SOMMINISTRAZIONE EMODERIVATI** (anche soggetti da questi contagiati).
Esenti per le prestazioni correlate (legge 25.2.1992 n. 210).
8. **DONNE GRAVIDE ED IN EPOCA PRECONCEZIONALE**.
Esenti per le visite ed esami contemplati dal D.M. 10.9.98 e dalla DGR n. 1704/2012

PROVVEDIMENTI DI SOSTEGNO AI LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 2000 del 17.12.2012 la Regione Emilia Romagna ha prorogato, **fino al 31.12.2013**, gli interventi di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1911/2011 in materia di sostegno ai lavoratori colpiti dalla crisi che riguardano l'esenzione dal ticket **per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e l'assistenza farmaceutica (escluse le cure termali)**.

Sono esenti dal ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ubicate in Emilia Romagna, **i cittadini residenti in Emilia Romagna** che al momento della fruizione della prestazione risultino in una delle seguenti condizioni:

- 1) **aver perso il lavoro dal 1° Ottobre 2008;**
- 2) **in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, corrispondente ai massimali sottoindicati;**
- 3) **in mobilità;**
- 4) **in contratto di solidarietà e che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, corrispondente ai massimali sottoindicati;**

Hanno diritto all'esenzione dal ticket anche i familiari a carico, **purché residenti in Emilia Romagna**. Sono da intendersi "familiari a carico" i componenti del nucleo familiare non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali.

Per chi ha perso il lavoro dal 1° Ottobre 2008, è necessario essere in possesso di ricevuta di Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) presentata al Centro per l'Impiego di competenza ed essere in attesa di nuova occupazione, mentre per i lavoratori in mobilità è necessario essere iscritto nelle liste di mobilità ed in possesso di ricevuta di Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) presentata al Centro per l'Impiego.

Per il riconoscimento del diritto all'esenzione ticket i soggetti interessati e i loro familiari a carico devono rilasciare apposita autocertificazione di esenzione in relazione alle condizioni sopraindicate.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali l'autocertificazione è rilasciata all'atto di ogni prenotazione/erogazione delle prestazioni (Cup, Farmacie, Ambulatori, Consultori familiari) mentre in caso di prescrizione di farmaci di fascia A il modulo di autocertificazione deve essere consegnato direttamente in Farmacia..

Il provvedimento regionale prevede altresì l'erogazione gratuita di farmaci di fascia C a componenti di famiglie che si trovano in una situazione di forte disagio economico-sociale.

Per le categorie di cui ai punti 2) e 4) rispettivamente lavoratori in cassa integrazione e lavoratori con contratto di solidarietà gli importi lordi massimali mensili da assumere come parametri per l'ammissione all'esenzione ticket sono i seguenti:

(Circolare INPS n. 14 del 30.1.2013)

CASSA INTEGRATI di tutte le categorie CONTRATTI DI SOLIDARIETA' di tutte le categorie	CASSA INTEGRATI Settore Edile CONTRATTI DI SOLIDARIETA' Settore Edile
1) Euro 959,22 lordi (per coloro che precedentemente alla cassa integrazione/contratto di solidarietà percepivano una retribuzione mensile inferiore o uguale a Euro 2.075,21 lordi)	1) Euro 1.151,06 lordi (per coloro che precedentemente alla cassa integrazione/contratto di solidarietà percepivano una retribuzione mensile inferiore o uguale a Euro 2.075,21 lordi)
2) Euro 1.152,90 lorde (per coloro che precedentemente alla cassa integrazione/contratto di solidarietà percepivano una retribuzione mensile superiore a Euro 2.075,21 lordi)	2) Euro 1.383,48 (per coloro che precedentemente alla cassa integrazione/contratto di solidarietà percepivano una retribuzione mensile superiore a Euro 2.075,21 lordi)

NUOVE MODALITA' DI GESTIONE DELLE ESENZIONI PER REDDITO
 (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze dell' 11 dicembre 2009 e
 Circolare regionale n. 15 del 2.12.2010)

Il Decreto del MEF dell'11 dicembre 2009 ha modificato le modalità organizzative di riconoscimento delle esenzioni per reddito allo scopo di assicurare le verifiche sulla sussistenza del diritto all'esenzione per le prestazioni di assistenza specialistica.

La normativa in materia di esenzioni per reddito - Legge 537/1993 - e s.m.i. - prevede il diritto all'esenzione dal ticket , per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per le seguenti categorie di soggetti:

Codice di esenzione	
E01	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito del nucleo familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)
E02	Disoccupati, già precedentemente occupati – e loro familiari a carico – con reddito del nucleo familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)
E03	Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)
E04	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni – e loro familiari a carico – con reddito del nucleo familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)

Il Decreto del MEF modifica le modalità prescrittive e prevede che a tutti i medici prescrittori vengano fornite le informazioni relative ai pazienti che rientrano in una delle quattro tipologie di esenzione sopradescritte. Il medico, quindi, in possesso di tale informazione è tenuto a indicarla sulla ricetta, apponendo il codice esenzione nel campo della ricetta. Non deve essere barrata la lettera R (esente per reddito) e non verrà più barrata la lettera "N" (non esente) sull'impegnativa.

Con la circolare n. 15 del 2.12.2010 la Regione Emilia Romagna ha disposto che per ognuna delle quattro tipologie di esenzione per reddito sopracitate (E01, E02, E03, E04), le Aziende USL, a partire **dal 1 febbraio 2011**, devono rilasciare ai propri assistiti un attestato di esenzione per reddito.

I cittadini che rientrano in una delle condizioni che danno diritto all'esenzione per reddito, possono richiedere, alla propria Azienda USL, il rilascio dell'attestato di esenzione.

L'attestato di esenzione è rilasciato sulla base di un'autocertificazione attestante una delle condizioni suindicate.

Validità dell'attestato di esenzione per reddito:

In tutti i casi, ad eccezione di quelli in cui l'assistito ha età superiore ai 65 anni, il certificato ha validità fino al 31 dicembre dell'anno in cui è stato rilasciato.

Per i bambini di età inferiore ai 6 anni, il certificato ha validità fino al 31/12 e comunque non oltre il giorno del compimento dei 6 anni di età..

Per gli assistiti di età superiore ai 65 anni, il certificato ha validità illimitata, o comunque fino ad eventuale comunicazione di cambiamento della condizione reddituale da parte dell'assistito.

Per gli assistiti con l'assistenza temporanea (i residenti al di fuori dell'ambito aziendale con domiciliazione sanitaria e i cittadini stranieri e comunitari con assistenza a scadenza) la validità del certificato non può superare la data di scadenza dell'assistenza.

CHIARIMENTI RELATIVI ALLE ESENZIONI PER REDDITO

REDDITO COMPLESSIVO

Quale **reddito complessivo** deve essere considerato il reddito al lordo degli oneri deducibili compreso il reddito prodotto all'estero se e in quanto deve essere dichiarato in Italia; non entrano a far parte del reddito complessivo i redditi soggetti a tassazione separata (arretrati di pensione, liquidazione, ecc.). Il reddito **relativo all'abitazione principale dell'interessato deve essere escluso dal reddito valutato ai fini dell'esenzione stessa (circolare Agenzia delle Entrate n. 1/E del 9.1.2008).**

Il diritto all'esenzione è riconosciuto sulla base del reddito dell'anno precedente. Se il cittadino all'inizio dell'anno non è ancora in possesso di informazioni documentate sul reddito percepito nell'anno precedente dovrà compilare l'autocertificazione sulla base del reddito presunto.

NUCLEO FAMILIARE

Ai fini della individuazione dei componenti del **nucleo familiare** si deve fare riferimento al criterio fiscale e pertanto compongono il nucleo, **il coniuge** non legalmente ed effettivamente separato e **le persone per le quali spettano le detrazioni per carichi di famiglia (D.M. 22.01.1993).**

Non si considera il nucleo anagrafico, cioè quello risultante dal certificato anagrafico, ma unicamente il nucleo fiscale.

I Familiari a carico sono quelli non fiscalmente indipendenti per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali perché il loro reddito è inferiore a € 2.840,51, ovvero:

- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati con reddito non superiore a € 2.840,51 senza limiti di età anche se non conviventi o residenti all'estero;

Sono considerati a carico anche i seguenti altri familiari purché conviventi con il contribuente oppure nel caso in cui lo stesso corrisponda loro assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria:

- a). il coniuge legalmente ed effettivamente separato
- b). i discendenti dei figli
- c). i genitori e gli ascendenti prossimi
- d). i genitori adottivi
- e). i generi e le nuore;
- f). il suocero e la suocera;
- g). i fratelli e le sorelle, anche unilaterali.

Per i figli la detrazione d'imposta compete indipendentemente dalla circostanza che gli stessi abbiano o meno superato determinati limiti di età o che siano o non siano dediti agli studi o a tirocinio gratuito purché possiedano un reddito complessivo annuo non superiore a euro 2.840,51.

Coniugi con regime di separazione dei beni:

Ai fini della determinazione del reddito del nucleo familiare non si deve fare riferimento al regime patrimoniale dei coniugi non legalmente separati (es: regime separazione dei beni) o a dichiarazioni dei redditi effettuate dai coniugi separatamente.

Coppie divorziate o unioni di fatto:

La presentazione dell'autocertificazione di esenzione dal ticket per i minori di anni 6 spetta al genitore che ha il figlio a carico e fruisce delle relative detrazioni fiscali, nel caso in cui il figlio risulti a carico di entrambi i genitori, l'autocertificazione è rilasciata dal genitore individuato di comune accordo. Il reddito

a cui fare riferimento è quello del nucleo familiare costituito dal genitore che rilascia l'autocertificazione e dagli eventuali familiari per i quali spettano le detrazioni per i carichi di famiglia.

DISOCCUPATI

Devono intendersi come tali i soggetti maggiori di 16 anni, che hanno perduto una precedente occupazione alle dipendenze e sono alla ricerca di una nuova occupazione.

Non è disoccupato, ai fini del ticket, chi è in attesa di prima occupazione.

In merito alle innovazioni introdotte dal D.Lgs 181/2000 ed il D.Lgs 297/2002 sulla disciplina del collocamento che, fra altro, ha modificato il concetto di disoccupato includendo non più solo coloro che hanno perso una precedente occupazione ma anche gli inoccupati, il Ministero della Salute ha precisato che in attesa che vengano assunte chiare determinazioni in materia, si possono considerare **“disoccupati” solo i soggetti che abbiano cessato un’attività di lavoro dipendente e siano iscritti all’Ufficio del lavoro in cerca di nuova occupazione”**

Si ritiene che possano rientrare anche coloro che pur avendo avuto, come ultima occupazione, un’attività di lavoro autonomo hanno precedentemente svolto attività di lavoro subordinato (anche diversi anni prima rispetto all’ultima attività di lavoro autonomo) e sono iscritti ai Centri per l’impiego nel momento della fruizione della prestazione per la quale richiedono l’esenzione dal ticket.

I soggetti titolari di un rapporto di lavoro dipendente non possono essere considerati disoccupati ai fini dell’esenzione dal ticket ancorché l’impegno orario sia inferiore a venti ore settimanali e gli stessi siano iscritti presso i centri per l’impiego o gli altri organismi autorizzati o accreditati di cui all’art. 1, comma 1, lett. g) del D.lgs 21.4.2000, n. 8 (nota Ministero Salute Prot. n. 100 del 14.5.2003).

TITOLARI DI PENSIONE AL MINIMO

Devono intendersi come tali i titolari di pensioni definite “al minimo” dagli ordinamenti pensionistici di appartenenza e le pensioni integrate al minimo INPS.

TITOLARI DI ASSEGNO SOCIALE

L’assegno sociale è una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini che hanno compiuto 65 anni di età, residenti stabilmente in Italia e con redditi inferiori ai limiti previsti dalla legge, al di sotto di quello che è considerato il “minimo vitale”.

SOGGETTI CHE POSSONO COMPILARE L'AUTOCERTIFICAZIONE DI ESENZIONE TICKET

L’autocertificazione deve essere resa da ogni singolo assistito che intenda fare richiesta dell’attestato, anche nel caso in cui si tratti di familiare a carico di titolare di assegno sociale o di pensione al minimo, mentre per i minori, i soggetti a tutela o coloro che hanno l’amministratore di sostegno, l’autocertificazione può essere sottoscritta solo dai genitori esercenti la potestà e dai tutori/amministratori.

E’ comunque possibile per il dichiarante delegare un soggetto terzo alla consegna del modulo di autocertificazione ed al ritiro del proprio attestato, previa compilazione di delega firmata.

Per i minori di anni 6 e per i soggetti di età superiore a 65 anni il diritto all'esenzione si esercita, per i bambini, fino al giorno antecedente al compimento del sesto anno di età e per gli adulti dal giorno del compimento del 65° anno di età .

Non possono essere esentate prestazioni solo in base all'età .

A decorrere dal 1° Maggio 2011 gli utenti che hanno diritto all'esenzione per reddito devono essere in possesso dell'attestato di esenzione rilasciato dall'Azienda USL e da questa data il cittadino non può più autocertificare il diritto all'esenzione, di volta in volta, in fase di prenotazione o erogazione della prestazione.

Dal 1° Maggio 2011 l'esenzione dal ticket per reddito è riconosciuta solo se il relativo codice di esenzione è apposto dal medico prescrittore sulla ricetta del SSN nell'apposito campo delle esenzioni. I medici di medicina generale e pediatri di libera scelta collegati alla Rete Sole visualizzano sui loro applicativi di cartella clinica le informazioni relative alle esenzioni per reddito dei loro assistiti come già avviene per le altre esenzioni a contenuto sanitario

ISTRUZIONI OPERATIVE PER GLI AMBITI DI PRENOTAZIONE/EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prenotazione presso sportelli CUP/Farmacie/Call center:

Se la ricetta riporta uno dei codici di esenzione per reddito (E01, E02, E03, E04), l'operatore dopo aver verificato sull'applicativo il rilascio del certificato di esenzione effettua una prenotazione in esenzione ticket. Per i cittadini non assistiti occorre richiedere l'esibizione del certificato di esenzione rilasciato dall'Azienda USL di assistenza.

Se la ricetta non riporta il codice di esenzione per reddito e dall'applicativo non risulta il rilascio del certificato, si prenota come pagante ticket e si invita il cittadino che rivendica il diritto all'esenzione a rivolgersi a uno sportello SAUB per depositare "l'autocertificazione per età/reddito" e ottenere il certificato di esenzione; successivamente il cittadino deve tornare dal medico prescrittore per riformulare la ricetta.

Con la nuova ricetta correttamente compilata deve poi ritornare allo sportello CUP per l'aggiornamento del ticket e della data di prescrizione.

Anche nei casi in cui il cittadino sia in possesso dell'attestato di esenzione per reddito ma la ricetta sia priva dell'indicazione del codice di esenzione, la prenotazione deve essere effettuata come pagante ticket, il cittadino è tenuto a rivolgersi al medico prescrittore per riformulare la ricetta. Il paziente con la nuova ricetta deve ritornare allo sportello CUP, prima di usufruire della prestazione prenotata, per l'aggiornamento del ticket e della data di prescrizione.

2) Prestazioni in accesso diretto (l'utente accede senza prenotazione, es: ambulatori ospedalieri, centri prelievi ad accesso diretto, consultori ecc):

Il diritto all'esenzione è verificato attraverso la ricetta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta oppure tramite il certificato di esenzione per reddito esibito dal cittadino. I comportamenti da osservare nei casi in cui il cittadino sia ancora privo del certificato o sulla ricetta il medico abbia omissso l'indicazione del codice sono quelli sopra indicati previsti per la prenotazione.

3) Prestazioni in libero accesso (visita psichiatrica, odontoiatrica, pediatrica, ostetrica e ginecologica, oculistica - limitatamente alla misurazione del visus -) o tramite i servizi Pronto Soccorso

Il riconoscimento del diritto all'esenzione è effettuato in fase di accettazione richiedendo all'utente di esibire il certificato di esenzione per reddito rilasciato dallo sportello SAUB o per i servizi di Pronto Soccorso anche attraverso la consultazione dell'applicativo di PS.

4) Cittadini stranieri richiedenti asilo politico

Per la categoria dei cittadini stranieri titolari di ricevute o permessi di soggiorno per richiesta asilo politico, l'esenzione è riconosciuta esclusivamente previa presentazione della documentazione attestante

la condizione di Richiedente asilo politico (Permesso di soggiorno in corso di validità oppure ricevute postali attestanti la richiesta del permesso di soggiorno o del suo rinnovo come richiedente asilo politico/protezione internazionale). Questi assistiti non devono compilare l'autocertificazione, alla prenotazione deve essere allegata la fotocopia del permesso o della ricevuta postale.

5) Cittadini stranieri titolari di tessera STP

I cittadini stranieri con tessera STP e indigenti che siano minori di anni 6 o ultrasessantacinquenni sono esenti ticket a parità di condizione con i cittadini italiani. **Non devono compilare l'autocertificazione di esenzione per reddito.**

6) Cittadini titolari di Team temporaneamente soggiornanti in Italia:

I cittadini titolari di Team possono rilasciare, se ricorrono i requisiti, l'autocertificazione di esenzione per reddito che deve essere unita alla ricetta insieme alla fotocopia della Team, copia di questa documentazione deve essere trasmessa agli Uffici Saub dei Distretti per gli addebiti alle Istituzioni estere. In fase di fatturazione degli oneri relativi alle prestazioni erogate è addebitato l'intero costo della prestazione.

7) Annullamento/revoca dell'autocertificazione:

Nei casi in cui i cittadini comunichino il venir meno o la variazione delle condizioni reddituali devono essere utilizzati i moduli di annullo/revoca allegati alla circolare regionale n. 15 del 2.12.2010 osservando le seguenti modalità:

Annullamento: si deve procedere all'annullamento di un'esenzione se il cittadino non aveva il diritto al rilascio (es: nei primi mesi dell'anno il cittadino dichiara un reddito presunto che successivamente in sede di dichiarazione dei redditi si rivela errato)

Revoca : si deve procedere alla revoca di una esenzione quando vengono meno i requisiti per possederla (esempio il disoccupato che trova lavoro, il cessato godimento della pensione sociale/minima, cittadini over 65 o minori di anni 6 che “passano” ad una diversa fascia reddituale).

In entrambi i casi gli uffici devono provvedere al ritiro del certificato di esenzione rilasciato e alla riscossione degli eventuali ticket dovuti per le prestazioni fruite indebitamente in regime di esenzione dal ticket.

8) Rinnovo del certificato

Per rinnovare l' attestato di esenzione scaduto, i cittadini devono recarsi presso gli sportelli dell'Azienda USL successivamente alla scadenza dell'attestato. In particolare per gli attestati che scadono il 31 Dicembre, l'assistito dovrà presentarsi non prima di Gennaio dell'anno successivo, chi ha un certificato con scadenza nel corso dell'anno (vincolata alla scadenza dell'assistenza) potrà rinnovare il certificato nel momento in cui viene prorogata l'assistenza.

Gli operatori devono rilasciare il nuovo attestato con inizio validità dalla data in cui viene presentata la nuova certificazione.

NUOVI TICKET (QUOTA FISSA SULLA RICETTA) MODULATI IN BASE AL REDDITO

(Delibera di Giunta Regionale n. 1190/2011 e circolari regionali n. 14 e 14/bis del 25.8.2011 e 25.9.2011)

La Regione Emilia Romagna, a decorrere dal **29 Agosto 2011**, ha introdotto una quota fissa sulla ricetta, modulata sulla base della fascia di reddito del nucleo familiare, che si aggiunge all'attuale ticket e si applica alle ricette relative a prescrizioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica limitatamente ai farmaci di fascia A.

L'importo della quota fissa per ricetta varia in base al reddito complessivo lordo del nucleo familiare.

Assistenza specialistica ambulatoriale

REDDITO FAMILIARE LORO	QUOTA FISSA SULLA RICETTA
DA 0 A 36.152 EURO	0
DA 36.153 A 70.000 EURO	EURO 5
DA 70.001 A 100.000 EURO	EURO 10
OLTRE 100.000 EURO	EURO 15

Assistenza Farmaceutica

Il ticket si applica ai farmaci di fascia A con oneri a carico del SSR con esclusione dei farmaci erogati in Distribuzione per Conto. A tali importi va sommata l'eventuale differenza per i farmaci a brevetto scaduto se prevista dalla lista di trasparenza.

REDDITO FAMILIARE LORDO	QUOTA FISSA SULLA RICETTA
DA 0 A 36.152 EURO	non si applica
DA 36.153 A 70.000	1 euro a confezione fino ad un massimo di 2 euro per ricetta
DA 70.001 A 100.000	2 euro a confezione fino a un massimo di 4 euro per ricetta
OLTRE 100.000	3 euro a confezione fino ad un massimo di 6 euro per ricetta

MODALITÀ DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLA FASCIA DI REDDITO

I cittadini residenti in Emilia Romagna autocertificano il reddito del proprio nucleo familiare fiscale attraverso un'autocertificazione che deve essere compilata, una sola volta, da ciascun componente del nucleo familiare. L'autocertificazione ha validità fino a eventuale modifica delle condizioni reddituali dell'assistito. E' responsabilità del cittadino comunicare la modifica della fascia reddituale.

I cittadini non residenti in Emilia Romagna devono autocertificare l'appartenenza ad una fascia reddituale di volta in volta all'atto della prenotazione/erogazione delle prestazioni. I centri di prenotazioni o le strutture erogatrici le prestazioni allegano copia dell'autocertificazione alla ricetta.

L'autocertificazione per la fascia di reddito non deve essere presentata dai cittadini con un reddito superiore ai 100.000 euro in quanto per essi è previsto il pagamento della quota massima di euro 15.

Per le tre fasce di reddito individuate sono stati definiti i codici **RE1, RE2, RE3**.

I nuovi codici RE1, RE2, RE3 identificano esclusivamente la classe di reddito del nucleo familiare di appartenenza del cittadino e non il diritto all'esenzione, pertanto il medico prescrittore deve comunque barrare la casella N (non esente).

Non devono presentare la nuova autocertificazione relativa alla fascia di reddito i cittadini già totalmente esenti dal ticket (es.: minori di anni 6 ed over 65, titolari di pensione al minimo/pensione sociale, disoccupati, nei limiti di reddito previsti e già in possesso del certificato di esenzione rilasciato dall'Azienda USL)

I cittadini parzialmente esenti (titolari di patologie o invalidità parziali) dovranno invece presentare l'autocertificazione di fascia di reddito per l'eventuale pagamento della quota fissa relativa a prescrizioni di prestazioni non collegate alla condizione di malattia o invalidità parziale.

MODALITÀ PRESCRITTIVE:

Cittadini totalmente esenti ticket: i medici prescrittori devono apporre il codice di esenzione sia per le prescrizioni di specialistica ambulatoriale sia per quelle relative ai farmaci.

Cittadini parzialmente esenti ticket: l'esenzione è limitata alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ai farmaci correlati alla condizione di esenzione. Il medico prescrittore deve apporre sulla ricetta il codice di esenzione sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sia per i farmaci.

Per la prescrizione di farmaci o prestazioni non correlate alla condizione di esenzione parziale il medico non deve indicare alcun codice di esenzione e barrare la casella N (non esente). La stessa ricetta non deve contenere farmaci e/o prestazioni correlati e non correlati alla condizione di esenzione.

TICKET E QUOTA FISSA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(Delibera di Giunta Regionale n. 1190/2011 e Circolari regionali n. 14 e 14/bis del 25.8.2011 e 25.9.2011)

Visite specialistiche

Il ticket per le visite specialistiche aumenta di **5 euro** indipendentemente dalle fascia di reddito:

- **23 euro** per la prima visita
- **18 euro** per la visita di controllo.

La quota fissa non si applica alle visite specialistiche.

Esami specialistici

La quota fissa sulla ricetta si applica solo ad esami che da soli o nel loro insieme hanno un valore tariffario superiore ai 10 euro.

Prestazioni di chirurgia ambulatoriale: cataratta, tunnel carpale e le prestazioni di chirurgia ambulatoriale individuate nella tabella 2 della DGR N. 1906/2011

Il ticket è di **46,15 euro** per tutti i cittadini, indipendentemente dalla fascia di reddito. Il ticket comprende le visite e gli esami pre e post-intervento. **La quota fissa non si applica.**

Risonanza magnetica e Tac:

Il ticket è modulato in base al reddito familiare:

- a) è invariato (ticket di euro 36,15 euro per ricetta) per i redditi inferiori a 36.152 euro
- b) diventa 50 euro per i redditi tra 36.153 e 100.000 euro
- c) diventa 70 euro per i redditi superiori a 100.000 euro

La quota fissa non si applica.

Importante: la quota fissa non si applica alle ricette che contengono solo la Visita, alle ricette che contengono prescrizioni di TC e RM e alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale: cataratta, del tunnel carpale e le prestazioni di chirurgia ambulatoriale individuate nella tabella 2 della DGR N. 1906/2011

Se sulla stessa ricetta oltre alle prestazioni di Tac e Rm sono presenti altre prestazioni della stessa branca la quota fissa non si applica.

Esempi:

1) visita chirurgica di controllo (ticket euro 18) e aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo (ticket euro 7,75). Il cittadino deve pagare solo il ticket corrispondente a euro 25,75. Non si applica la quota fissa in quanto la visita non deve essere conteggiata e il valore tariffario della ricetta è inferiore ai 10 euro.

2) visita cardiologica di controllo (ticket euro 18) e ECG (ticket 11,60 euro). Il cittadino, se appartiene ad esempio alla 1° fascia, deve pagare la quota fissa di euro 5 che si aggiunge al ticket di euro 29,60 in quanto il valore tariffario della ricetta supera i 10 euro pur senza conteggiare la visita.

ASPETTI PARTICOLARI

PRONTO SOCCORSO

Restano invariate le disposizioni previste dalla DGR 1035/2009. I cittadini non rientranti nelle condizioni di esenzione previste dal provvedimento regionale sul pronto soccorso sono tenuti al pagamento della quota di euro 25 per la visita di pronto soccorso. Per le ulteriori prestazioni richieste a seguito della visita di pronto soccorso si applicano le modalità previste per l'assistenza specialistica ambulatoriale, pertanto somma delle tariffe delle prestazioni fino al tetto di spesa di euro 36,15 nel limite di 8 prestazioni della stessa branca (comprese TC e RM).

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Non si applica la quota fissa sulla ricetta alle prestazioni odontoiatriche erogate nell'ambito del programma regionale di assistenza odontoiatrica che segue la disciplina prevista dai relativi provvedimenti regionali. La visita odontoiatrica è assoggettata al ticket di euro 23 per la prima visita e di euro 18 per la visita di controllo.

VISITE PER BRANCHE DI LIBERO ACCESSO

Nell'ambito delle branche di libero accesso (ostetricia-ginecologia, oculistica limitatamente alla misurazione della vista, odontoiatria, psichiatria e pediatria) tutte le prestazioni successive alla visita sono assoggettate all'eventuale corresponsione della quota fissa.

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

La quota fissa si applica anche al piano terapeutico predisposto dal medico specialista fisiatra. Il piano terapeutico è composto da cicli di prestazioni da intendersi come prestazione unitaria nei seguenti limiti: prescrivibilità fino a tre o sei cicli per ricetta. Le prestazioni che non recano l'indicazione del ciclo sul Nomenclatore possono essere prescritte su una stessa ricetta in un numero massimo di 8 e non sono prescrivibili sulla stessa ricetta nella quale sono prescritte prestazioni a ciclo.

DAY SERVICE AMBULATORIALE

La quota fissa si applica a conclusione del percorso fino a 8 prestazioni per branca.

OSSIGENO

Il ticket si applica alla prescrizione di ossigeno equiparando la bombola alla confezione. Nel caso in cui il medico indichi il volume, il ticket è applicato al numero di bombole necessario a raggiungere quel volume.

CITTADINI STRANIERI IRREGOLARMENTE PRESENTI TITOLARI DI TESSERA STP

Questi cittadini dichiarano lo stato di indigenza al momento del rilascio della tessera STP; non devono pertanto compilare l'autocertificazione di fascia e sono inseriti d'ufficio nella fascia RE1.

CITTADINI DELL'UNIONE EUROPEA TEMPORANEAMENTE PRESENTI IN ITALIA TITOLARI DI TEAM

I cittadini titolari di Team possono rilasciare l'autocertificazione di fascia reddituale che deve essere unita alla ricetta insieme alla fotocopia della Team, copia di questa documentazione deve essere trasmessa agli Uffici Saub dei Distretti per gli addebiti alle Istituzioni estere. In fase di fatturazione degli oneri relativi alle prestazioni erogate saranno addebitati alle Istituzioni estere di appartenenza anche gli importi relativi alla differenza tra l'eventuale quota pagata dai cittadini e la quota massima di 15 euro prevista dal provvedimento regionale.

LAVORATORI COLPTI DALLA CRISI

L'esenzione già prevista per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è estesa ai farmaci di fascia A.

MODIFICHE DELLA FASCIA REDDITUALE AUTOCERTIFICATA DEI CITTADINI

Per le procedure da osservare nelle ipotesi di cambio fascia per modifica della situazione reddituale, per errore materiale e per revoca vedi la nota Scaa Prot. n. 31 del 22.5.2012.

ESENZIONI A CONTENUTO SANITARIO

Per le condizioni di invalidità, di malattia cronica e di malattia rara il diritto all'esenzione dal ticket nasce con il rilascio dell'attestato di esenzione da parte dall'AUSL di residenza dell'assistito sulla base della certificazione della condizione di invalidità, malattia cronica o malattia rara.

Il D.M. 17.3.2008 e la circolare regionale n. 10 del 30.7.2009 relativi, rispettivamente, al modulo ricetta e alle condizioni di esenzione dal ticket, nel definire le diverse tipologie di esenzione confermano le modalità comportamentali da osservare sia in fase di prescrizione che di accettazione delle ricette.

Se l'assistito ha diritto all'esenzione per motivi sanitari (invalidità, malattia cronica, malattia rara, gravidanza, diagnosi precoce, screening tumori, ecc.) il medico deve riportare sulla ricetta il codice di esenzione corrispondente alla tipologia di esenzione riconosciuta.

Se l'assistito non ha diritto a nessuna delle esenzioni sopra descritte il medico deve annullare con un segno la casella contrassegnata dalla lettera "N".

ESENZIONI PER INVALIDITÀ

(Decreto Ministero Sanità 1.2.1991, Circolare regionale n. 10/2009)

L'attestato di esenzione per invalidità è rilasciato dall'Azienda USL di residenza dell'assistito e riporta il codice di esenzione nazionale corrispondente all'invalidità riconosciuta. Ai fini del riconoscimento dell'esenzione ticket per invalidità, il medico prescrittore deve apporre il codice di esenzione nell'apposito spazio della ricetta.

CATEGORIE DI INVALIDI ESENTI TICKET

Codice di esenzione	Soggetti esenti
C01	Invalidi civili al 100% senza assegno di accompagnamento
C02	Invalidi civili al 100% con assegno di accompagnamento
C03	Invalidi civili con invalidità superiore a 2/3 e inferiore al 100%
C04	Invalidi civili < di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 Legge n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs n. 124/98)
C05	Ciechi assoluti o con residuo visivo
C06	Sordomuti
C07	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20/7/1989 e succ. modificazioni
L01	Invalidi del lavoro con invalidità dall'80 al 100%
L02	Invalidi del lavoro con invalidità dal 67 al 79%
L03	Invalidi del lavoro con invalidità inferiore a 2/3 per le prestazioni correlate all'invalidità riconosciuta
L04	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali
G01	Invalidi e vittime civili di guerra dalla 1 ^a alla 5 ^a categoria ed ex deportati nei campi di sterminio
G02	Invalidi e vittime civili di guerra dalla 6 ^a alla 8 ^a categorie per le prestazioni correlate all'invalidità riconosciuta
S01	Invalidi per servizio 1 ^a categoria
S02	Invalidi per servizio dalla 2 ^a alla 5 ^a categoria
S03	Invalidi per servizio dalla 6 ^a alla 8 ^a categoria per le prestazioni correlate all'invalidità riconosciuta
V01	Vittime terrorismo e stragi che hanno subito un'invalidità un'invalidità anche inferiore all'80%, (L.206/2004) Vittime del dovere (ex DPR 243/2006), familiari delle predette categorie, inclusi i familiari dei deceduti
N01	Pazienti in possesso di esenzione in base alla legge n. 210 del 25.2.1992 danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (ex art. 1 comma 5 lett. D del D.lgs 124/98)

Ai cittadini in possesso di esenzione totale (es: invalidi civili oltre i 2/3, invalidi per servizio di 1^a categoria ecc.) l'esenzione può essere riconosciuta anche se non apposta dal medico curante sulla ricetta. Sulla copia della prenotazione l'operatore CUP o Cassa, dopo aver riportato il codice di esenzione, dovrà apporre la propria firma e il timbro della struttura (Circ. regionale n. 10/2009).

Per i cittadini comunitari in possesso di TEAM la certificazione di invalidità rilasciata da un'istituzione estera della UE deve essere valutata, ai fini del riconoscimento/equiparazione, da un medico funzionario dei Distretti secondo quanto previsto dalla legislazione italiana in materia.

Per le cure termali è prevista l'applicazione sulla ricetta di una quota fissa di euro 3,10. Le seguenti categorie di invalidi sono esentati dal pagamento di tale quota per le cure termali.

- INVALIDI E VITTIME CIVILI DI GUERRA dalla 1^a alla 5^a categoria
- INVALIDI E VITTIME CIVILI DI GUERRA 6^a-7^a-8^a categoria per prestazioni correlate alla invalidità riconosciuta.
- INVALIDI PER SERVIZIO 1^a categoria
- INVALIDI CIVILI AL 100% (compresi gli invalidi con assegno di accompagnamento)
- CIECHI ASSOLUTI
- EX-DEPORTATI nei campi di sterminio

ESENZIONI PER MALATTIE CRONICHE

(D.M. N. 329/99 – D.M. n. 296/2001 – Circolare Ministero Salute n. 13/2001 – Decreto 23.11.2012 – Circolare regionale n. 11/2013)

Il Decreto n. 329/99 individua 56 condizioni di malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket per le prestazioni sanitarie correlate. Ciascuna malattia è identificata, in base alla classificazione internazionale della malattie (ICD -9 - CM del 1997), attraverso un codice numerico univoco a livello nazionale composto da due parti: la prima parte, di tre cifre, reca la numerazione progressiva della malattia o della condizione, la seconda parte, composta di tre, quattro o cinque cifre, corrisponde al codice identificativo della malattia secondo la classificazione ICD-9-CM.

Prestazioni finalizzate al riconoscimento del diritto all'esenzione

Le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici finalizzati al riconoscimento del diritto all'esenzione per malattia cronica (es. Visita Cardiologica ed ECG per ottenere l'esenzione per ipertensione) sono soggetti al normale regime di partecipazione alla spesa.

L'attestato di esenzione per le malattie croniche ed invalidanti consente di fruire su tutto il territorio nazionale delle prestazioni in esenzione correlate alle patologie. L'attestato deve essere richiesto all'Azienda USL di residenza – Distretto di riferimento territoriale - presentando una certificazione medica che riporti la diagnosi di una o più malattie incluse nel D.M. 28 maggio 1999 n. 329.

Per le malattie croniche ed invalidanti le certificazioni valide per il riconoscimento del diritto all'esenzione **devono riportare la diagnosi** e possono essere rilasciate da:

- le Aziende USL
- le Aziende ospedaliere, compresi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e privato assimilati alle Aziende ospedaliere ai sensi dell'art. 1 comma 3 del D.lgs n. 269/1993
- gli Enti di ricerca di cui all'art. 40 della legge n. 833/78
- gli Istituti di ricovero ecclesiastici classificati di cui all'art. 41, legge n. 833/78
- gli Istituti di ricovero ecclesiastici non classificati e le Istituzioni a carattere privato, riconosciuti presidi delle aziende sanitarie locali ai sensi dell'art. 43, comma 2, legge n. 833/78

- le Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea

Sono altresì valide ai fini del riconoscimento dell'esenzione:

- le certificazioni rilasciate da commissioni mediche degli ospedali militari
- la copia della cartella clinica rilasciata dalle strutture di cui sopra
- la copia del verbale redatto ai fini del riconoscimento di invalidità
- la copia della cartella clinica rilasciata da Istituti di ricovero accreditati e operanti nell'ambito del SSN, previa valutazione del medico del distretto.

L'azienda USL riporta sulla tessera sanitaria cartacea, in forma codificata nel rispetto della tutela dei dati personali, le malattie e le condizioni per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione e allega alla tessera l'elenco delle prestazioni sanitarie erogabili in esenzione correlate alla malattia e il limite di validità della patologia.

Elenco delle Malattie Croniche e Invalidanti

- 001 Acromegalia e gigantismo
 002 Affezioni del sistema circolatorio – *0A02 Malattie cardiache e del circolo polmonare* – *0B02 Malattie cerebrovascolari* – *0C02 Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici*
 003 Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione
 004 Eliminato (Anemie emolitiche ereditarie inserite fra le **malattie rare**)
 005 Anoressia nervosa, bulimia
 006 Artrite reumatoide
 007 Asma
 008 Cirrosi epatica, cirrosi biliare
 009 Colite ulcerosa e malattia di Crohn
 010 Eliminato (Connettivite mista inserita fra **malattie rare**)
 011 Demenze
 012 Diabete insipido
 013 Diabete mellito
 014 Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool (l'esenzione non è riferita alla condizione di dipendenza intesa quale malattia, bensì alle specifiche malattie ad essa correlate – circ. 13/2001)
 015 (Disturbi interessanti il sistema immunitario inseriti fra le **malattie rare** escluso infezione da HIV prevista al successivo codice 20) **Eliminato -**
 016 Epatite cronica (attiva)
 017 Epilessia
 018 Fibrosi cistica
 019 Glaucoma
 020 Infezione da HIV
 021 Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A classe III e IV)
 022 Insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di Addison)
 023 Insufficienza renale cronica
 024 Insufficienza respiratoria cronica
 025 ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; ipercolesterolemia familiare combinata , iperlipoproteinemia di tipo III
Per ipercolesterolemia familiare omozigote di tipo IIa e IIb Vedi malattie rare
 026 Iperparatiroidismo, Iparatiroidismo
 027 Ipotiroidismo congenito, Ipotiroidismo acquisito(grave)
 028 Lupus eritematoso sistemico
 029 Malattia di Alzheimer
 030 Malattia di Sjogren
 031 Iperensione arteriosa (II e III stadio O.M.S.)
 032 Malattia o sindrome di Cushing
 033 Eliminato (Malattie da difetti della coagulazione inseriti fra le **malattie rare**)
 034 Miastenia grave
 035 Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo

- 036 Morbo di Buerger
- 037 Morbo di Paget
- 038 Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali
- 039 Nanismo ipofisario
- 040 Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale
- 041 Neuromielite ottica
- 042 Pancreatite cronica
- 043 eliminato (Poliarterite nodosa inserita fra le **malattie rare**)
- 044 Psicosi
- 045 Psoriasi (artropatica, pustolosa grave,eritrodermica)
- 046 Sclerosi multipla
- 047 Sclerosi sistemica (progressiva)
- 048 Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto
- 049 Soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione delle capacità funzionali
- 050 Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)
- 051 Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici
- 052 Soggetti sottoposti a trapianto(rene, cuore, fegato, polmone, pancreas, midollo)
- 053 Soggetti sottoposti a trapianto di cornea
- 054 Spondilite anchilosante
- 055 Tubercolosi (attiva bacillifera)
- 056 Tiroidite di Hashimoto

Prestazioni erogabili in esenzione

Il D.M. n. 329/1999 definisce l'insieme di prestazioni per ogni malattia e condizione, secondo quanto previsto dalla circolare ministeriale n. 13/2001.

Per la maggior parte delle malattie croniche le prestazioni in esenzione sono analiticamente individuate tra quelle incluse nel Nomenclatore nazionale della specialistica ambulatoriale e rientranti nei livelli essenziali di assistenza, fanno eccezione alcune malattie per le quali le prestazioni devono essere selezionate dal medico fra quelle individuate per ciascuna malattia secondo criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali.

Se l'assistito deve effettuare delle visite o altre prestazioni non correlate alla malattia esente è tenuto al pagamento del ticket.

Per le malattie croniche il medico deve riportare sulla ricetta con cui richiede le prestazioni sanitarie le prime tre cifre del codice identificativo della malattia.

Pluriprescrizione

Per i soggetti esenti per malattia cronica possono essere prescritti sulla medesima ricetta più prestazioni di uno stesso tipo, da eseguirsi presso la medesima struttura anche in tempi successivi, indicati dal medico prescrittore entro un periodo massimo di tre mesi dal momento del rilascio (es.: esami clinici routinari, monitoraggi di farmaci specifici o dell'evoluzione della malattia).

Visita specialistica per gli utenti esenti per patologia:

Per quanto concerne le indicazioni della circolare regionale n. 10 sulla visita specialistica per gli assistiti esenti per patologia (D.M. 329/99 e Circolare Ministero della Salute n. 13/2001), in attesa chiarimenti regionali sulle modalità operative di gestione di tale prestazione, si ritiene di mantenere le attuali impostazioni aziendali che consentono di prevedere come esente anche la visita 89.7 “visita generale” - nella quale rientrano le prime visite – coerentemente a quanto previsto dalla circolare del Ministero della Salute n.13 del 2001 in cui si precisa che le visite specialistiche esenti ai sensi del D.M 329/99 sono tutte quelle di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, comprese quelle effettuate per la prima volta in una struttura e/o in una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.

Il codice di esenzione dovrà essere apposto dal medico sulla ricetta solo nei casi indicati dalla circolare come esenti, cioè allorquando le visite effettuate per la prima volta in una struttura e/o in una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente, sono da effettuarsi per il monitoraggio della malattia, delle ulteriori complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 1894/2011 sono stati individuati i farmaci di fascia A correlati alle malattie croniche e invalidanti di cui al D.M. n. 329 /99 che possono essere prescritti in esenzione dal ticket. I medici prescrittori sono responsabili dell'apposizione sulla ricetta del codice di esenzione per la prescrizione dei farmaci correlati alla malattia cronica secondo le indicazioni registrate in scheda tecnica e alle condizioni di rimborsabilità definite da AIFA per le patologie.

In analogia a quanto previsto per le prestazioni specialistiche, non possono essere riportati sulla stessa ricetta farmaci correlati e non correlati alla condizione di esenzione.

INDICAZIONI OPERATIVE PER I MEDICI PRESCRITTORI E GLI OPERATORI ADDETTI ALLA PRENOTAZIONE:

a) in tutti i casi in cui il Medico prescrittore **non abbia indicato l'esenzione** sulla ricetta e l'assistito ne richieda comunque il riconoscimento, non è sufficiente l'esibizione del tesserino di esenzione all'atto dell'accettazione/prenotazione;

b) se il medico non ha indicato l'esenzione e ha sbarrato la casella relativa all'esenzione (N) l'operatore addetto alla prenotazione deve prenotare senza confermare l'esenzione in quanto è certo che il prescrittore ha già valutato la posizione del cittadino;

c) se il medico non ha indicato l'esenzione e non ha sbarrato la casella relativa all'esenzione (N) e l'utente ne richiede comunque il riconoscimento, se la ricetta non può essere perfezionata da un medico funzionario, l'operatore deve prenotare senza confermare l'esenzione;

d) Nei casi di esenzione per patologia a contenuto generico (es. 048 neoplasia) e di malattia rara, non essendoci un'indicazione analitica e tassativa delle prestazioni erogabili in regime di esenzione, la decisione rispetto alle prestazioni da effettuare è demandata al medico prescrittore, pertanto l'operatore prenoterà comunque la prestazione in esenzione anche chiaramente errata (es: soggetto con esenzione 048 che ha diritto all'esenzione per le sole prestazioni finalizzate al monitoraggio della patologia di cui è affetto e il medico esenta, ad esempio, visita oculistica per congiuntivite o rx per trauma).

e) nei casi di errata indicazione dell'esenzione sulla ricetta o di presenza sulla stessa impegnativa di prestazioni esenti e non esenti, l'operatore addetto alla prenotazione non può confermare l'esenzione per le prestazioni richieste.

Nell'ambito di prestazioni sanitarie erogate da ambulatori **ad accesso diretto** (es.centri prelievi) l'operatore di accettazione dovrà osservare le stesse succitate modalità operative del prenotatore.

In tutti i casi di omessa o erronea indicazione sulla ricetta di esenzioni per patologia, gli operatori devono attivare i percorsi di segnalazione al medico prescrittore delle incongruenze rilevate.

DEFINIZIONE DEL PERIODO MINIMO DI VALIDITÀ DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL TICKET PER MALATTIE CRONICHE ED INVALIDANTI

La circolare regionale n. 11 del 12.7.2013 ha dato attuazione al Decreto del Ministero della Salute del 23.11.2012 con cui sono stati definiti i periodi minimi di validità degli attestati di esenzione dal ticket per le malattie croniche ed invalidanti.

Per le seguenti malattie il Decreto ha stabilito una validità illimitata:

ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMUNIZZAZIONE	Cod. 003
EPILESSIA	Cod. 017
IPERPARATIROIDISMO , IPOPARATIROIDISMO	Cod. 026
IPOTIROIDISMO CONGENITO , IPOTIROIDISMO ACQUISITO (grave)	Cod. 027
MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	Cod. 032
MIASTENIA GRAVE	Cod. 034
PSICOSI	Cod. 044

Per le malattie croniche individuate nell'allegato B alla circolare regionale n. 11/2013 che mantengono una validità temporale limitata, gli uffici dei Distretti potranno procedere all'eventuale rinnovo della tessera di esenzione solo previa verifica della certificazione sanitaria aggiornata presentata dagli assistiti.

Malattie per le quali è stata introdotta una riduzione della validità temporale

- 1) Epatite cronica (attiva) (codice 016) – da una validità illimitata passa ad una validità di cinque anni
- 2) Tiroidite di Hashimoto (codice 056) – da 24 mesi passa ad una validità di 18 mesi

Malattie con scadenza differenziata a seconda della diagnosi

- 1) Asma (codice 007)

Per questa malattia il Decreto ha previsto una nuova diagnosi “Asma cronico ostruttiva” (007.493.2) per la quale è stata introdotta una validità illimitata. Per la patologia “Asma codice 007.493” è invece prevista una validità di cinque anni.

- 2) Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo (codice 035)

Sono state introdotte validità differenziate a seconda della diagnosi: Diagnosi 035.242.1 e 035.242.3: validità anni 2 - Diagnosi 035.242.0 e 035.424.2: validità illimitata.

Specificità per alcune malattie

Per la malattia “Afezioni del sistema circolatorio (codice 002)” il Decreto ha previsto una distinzione tra diagnosi suscettibili di risoluzione (allegato D circolare regionale) e diagnosi con una validità illimitata (allegato A circolare regionale).

La circolare regionale ha disposto che per le diagnosi dell'allegato D venga apposta sulla tessera rilasciata agli assistiti la seguente dicitura: “durata illimitata ovvero fino a 3 mesi dall'eventuale intervento” e ha

comunque previsto, per l'esenzione dal ticket, una validità temporale illimitata, attribuendo agli assistiti la responsabilità di comunicare tempestivamente l'avvenuto intervento risolutivo. L'azienda USL è tenuta a effettuare i controlli annuali delle tessere di esenzione attraverso l'utilizzo dei flussi informativi SDO.

Per la malattia **“Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto” (codice 048)** sono ribadite le seguenti indicazioni applicative previste dalla Circolare Ministero della Salute n. 13/2001.

a) l'assegnazione di una validità di cinque anni dalla data di prima diagnosi della patologia neoplastica. Alla scadenza di questo periodo gli Uffici potranno rinnovare l'attestato sulla base di una nuova certificazione attestante la necessità di ulteriore monitoraggio clinico e/o di ulteriori esami strumentali o di laboratorio per il follow up, rilasciata dalle strutture di cui sopra.

b) dieci anni dalla data di prima diagnosi della patologia neoplastica. Oltre il decimo anno l'esenzione viene eventualmente confermata previa certificazione da parte della struttura oncologica di riferimento.

c) durata illimitata in relazione a criteri clinici riguardanti la specifica patologia, la particolare forma clinica e la rispondenza alla terapia.

ESENZIONI PER MALATTIE RARE

Il D.M. 279/2001 individua 248 malattie e condizioni rare identificate da un codice alfanumerico. Il Decreto oltre a prevedere l'esenzione per tutte le prestazioni appropriate ed efficaci per il trattamento e il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, estende il diritto all'esenzione anche all'assistito per il quale sia stato formulato da un medico specialista del Ssn il sospetto di malattia rara inclusa nell'allegato 1 di cui al D.M. succitato; sono erogate in esenzione anche le indagini genetiche sui familiari dell'assistito qualora necessarie ai fini della diagnosi di malattia rara di origine ereditaria. Per questi assistiti, ancora privi dell'attestato di esenzione, ai fini di attestare il diritto all'esenzione, il medico prescrittore dovrà riportare, nell'apposito spazio della ricetta, il relativo codice di esenzione **R99 “prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara”**.

Per le malattie rare non c'è un'indicazione analitica e tassativa delle prestazioni erogabili in esenzione, ma la decisione rispetto alle prestazioni da effettuare è demandata al medico prescrittore secondo criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali. Il medico deve riportare sulla ricetta il codice identificativo completo della malattia o gruppo di malattie.

Per l'elenco completo delle malattie rare vedi il D.M. n. 279/2001.

Sensibilità Chimica multipla: Con la delibera Giunta Regionale regionale n. 25 del 17.1.05 è stata inserita nell'elenco delle malattie rare con il codice regionale di esenzione **RQ099R**. Con successiva **DGR 1297/2009**, su parere del Consiglio Superiore di Sanità, ne è stata disposta l'esclusione.

PRESIDI DELLA RETE

Con delibera n.160 del 2.2.2004 la Giunta Regionale ha individuato, i Presidi regionali per le malattie rare cui spetta il compito di certificare lo stato di malattia rara. Sulla base di tale certificazione il Distretto dell'Azienda USL di residenza rilascia la tessera di esenzione riportante il codice identificativo delle malattie o del gruppo di malattie cui afferisce la malattia rara ed il riferimento al D.M. 279/01.

L'elenco dei Presidi della rete della Regione Emilia Romagna è visualizzabile anche sulla pagina internet della Regione E.R: <http://www.saluter.it/in-particolare-per/malattie-rare>

Il codice alfanumerico di sei caratteri delle malattie rare va letto come segue:

- “R” indica che la malattia è individuata come rara;
- il secondo carattere è una lettera che indica il settore della classificazione ICD-9-CM, cui la malattia o il gruppo di malattia appartiene;
- Il terzo carattere è costituito dal numero “0” nel caso di malattia singola e dalla lettera “G” quando il codice si riferisce ad un gruppo di malattie; tutte le malattie afferenti allo stesso gruppo sono identificate da quel codice.
- I successivi caratteri indicano la numerazione progressiva delle malattie comprese in ciascun settore, oppure quando il codice si riferisce ad un gruppo di malattie tutte le malattie afferenti a quel settore.

Per le malattie rare l’USL di residenza, prima di rilasciare l’attestato, deve acquisire il consenso scritto dell’assistito al trattamento dei dati.

Per le malattie rare il medico deve riportare sulla ricetta con cui richiede le prestazioni sanitarie il codice identificativo completo della malattia o gruppo di malattia. Tale modalità va applicata anche alle prescrizioni farmaceutiche (Circ 13/2001 Ministero della Salute).

ASPETTI PARTICOLARI

Cittadini comunitari in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM)

Per i cittadini comunitari in possesso di Team, in possesso di un attestato di esenzione del proprio Paese, deve essere valutata, da un medico funzionario dei Distretti, la certificazione di **patologia cronica/malattia rara** rilasciata da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all’Unione europea, ai fini del riconoscimento/equiparazione alla codifica nazionale.

Cittadini assistiti in altre Regioni con codici di esenzione non presenti in Regione Emilia Romagna

Per gli assistiti fuori regione che si presentano con ricette riportanti un codice di esenzione non riconosciuto nella nostra Regione si procede al riconoscimento dell’esenzione dal ticket utilizzando il codice di esenzione aziendale **FR** dopo aver verificato la presenza sulla tessera sanitaria del cittadino della medesima condizione di esenzione riportata sulla ricetta (nota regionale Prot. n. 2012/103154 del 24.4.2012)

Il Call Center non può effettuare prenotazioni in esenzione per queste categorie di assistiti.

Visita specialistica per branche di libero accesso:

Per quanto riguarda le visite per le branche di **libero accesso – oculistica (per la sola misurazione del visus), ostetricia e ginecologia, psichiatria, pediatria, odontoiatria** - in assenza di impegnativa il cittadino non può far valere il diritto all’esenzione per patologia, malattia rara o invalidità inferiore ai 2/3 e ai fini dell’esenzione deve rivolgersi al medico prescrittore per la prescrizione e l’apposizione sulla ricetta del relativo codice di esenzione.

SISTEMA REGIONALE INFORMATIZZATO PER LE MALATTIE RARE (Circolare regionale n. 6 del 4.6. 2007)

Nel Giugno 2007 è stato avviato nella Regione E.R. il Sistema Informativo per le malattie rare che ha messo in rete tutti i Presidi della Rete per le malattie rare e i Dipartimenti di Cure Primarie dei Distretti. I Presidi autorizzati sono tenuti ad effettuare il rilascio delle certificazioni di diagnosi di malattia rara attraverso il nuovo Sistema informativo ed i singoli Distretti sono tenuti a rilasciare o spedire all’indirizzo indicato dall’assistito in sede di diagnosi, l’attestato di esenzione **con validità temporale illimitata**, utilizzando le informazioni desumibili dalla comune procedura informatica regionale.

Con l'avvio del Sistema informatizzato le uniche certificazioni di diagnosi valide ai fini del rilascio dell'attestato di esenzione sono quelle emesse dal Sistema con l'eccezione delle patologie "Sprue celiaca" e "Sindrome di Down" per queste patologie restano valide le certificazioni sopracitate previste dalla Circolare ministeriale n. 13/2001. Limitatamente a queste categorie di assistiti, per i quali non è obbligatorio inserire i dati nel Sistema, gli attestati di esenzione sono rilasciati dai Distretti secondo quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 160/04 succitata. Dall'Aprile 2011 sono stati collegati in rete i Servizi Farmaceutici aziendali ed è stato informatizzato il piano terapeutico.

PRESTAZIONI SENZA COLLEGAMENTO INFORMATICO ALLA PATOLOGIA ESENTE

Ci sono alcune patologie che, oltre alle prestazioni analiticamente individuate uguali per tutti i soggetti che sono titolari di esenzione per quella /e malattia/e, ne prevedono altre, sempre analiticamente individuate, esentabili solo al verificarsi di certe condizioni.

Queste condizioni non devono essere evidenziate nella compilazione della ricetta del SSN. Se il medico o lo specialista ambulatoriale e/o ospedaliero, compila la ricetta del SSN con il codice di esenzione per patologia significa che ha valutato come esistente la specifica condizione che dà diritto all'esenzione. In caso contrario qualora il medico non ravvisi la condizione di esenzione non appone il relativo codice di esenzione e le prestazioni devono essere assoggettate a ticket.

Il prenotatore dovrà attenersi alle esenzioni apposte dai prescrittori ma fotocopierà e segnalerà al responsabile di riferimento le eventuali esenzioni che possono sembrare errate.

PATOLOGIE PER LE QUALI, OLTRE ALLE PRESTAZIONI INFORMATICAMENTE COLLEGATE, SONO PREVISTE IN ESENZIONE LE PRESTAZIONI RADIOTERAPICHE DEFINITE DALLO SPECIFICO PIANO TERAPUETICO

Sulla ricetta deve essere riportato il codice di esenzione. Nessuna altra indicazione è richiesta per l'esenzione di queste prestazioni. Per individuare le prestazioni esenti si fa riferimento alla branca di radioterapia del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

001 ACROMEGALIA e GIGANTISMO

035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO

PATOLOGIE CON PRESTAZIONI ESENTI NON COLLEGABILI A PROGRAMMI CUP

014 DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL

In trattamento di disassuefazione o in Comunità di recupero sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

018 FIBROSI CISTICA

Sono esenti le prestazioni appropriate per il monitoraggio della malattia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

020 INFEZIONE DA HIV

Sono esenti le prestazioni appropriate per il monitoraggio della condizione e per la prevenzione delle eventuali complicanze.

023 PER I SOGGETTI IN TRATTAMENTO DIALITICO, SECONDO LE CONDIZIONI CLINICHE INDIVIDUALI sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

029 MALATTIA DI ALZHEIMER

Limitatamente a specifiche esigenze cliniche esplicitamente documentate sono esenti eventuali ulteriori prestazioni specialistiche indicate per patologie associate e conseguenti.

040 NEONATI PREMATURI, IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (limitatamente ai primi tre anni di vita)

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

041 NEUROMIELITE OTTICA

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della malattia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

046 SCLEROSI MULTIPLA

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia e delle relative complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

048 SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

049 SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti

050 SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO

(rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)

Secondo le condizioni cliniche individuali: sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

051 SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

052 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)

Secondo le condizioni cliniche individuali: sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

053 SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA

Sono esenti le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della loro condizione e per la prevenzione delle eventuali complicanze.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 583 del 7 Maggio 2012 si è disposto l'inserimento delle seguenti prestazioni specialistiche per alcune malattie croniche:

- **Ecocolordoppler cardiaco, per le seguenti patologie:** Asma cod. 007, Insufficienza cardiaca cod. 021, Insufficienza respiratoria cod. 024, Ipercolesterolemia cod. 025, Ipotiroidismo cod. 027, Lupus cod. 028, Iperensione arteriosa cod. 031, Morbo di Basedow cod.035;

- **Emogasanalisi venosa, per le seguenti patologie:** Insufficienza renale cod. 023, Insufficienza respiratoria cod. 024, Sclerosi sistemica cod. 047;
- **Creatinina, per le seguenti patologie:** Ipertensione arteriosa cod. 031, Anoressia cod. 005, Artrite reumatoide cod. 006, Cirrosi epatica cod. 008, Diabete mellito cod. 013, Insufficienza cardiaca cod. 021, Insufficienza renale cod. 023, Lupus cod. 028, Psicosi cod. 044;

SITUAZIONI PARTICOLARI LEGATE A SPECIFICHE APPARECCHIATURE /METODICHE ESISTENTI NEL DISTRETTO E/O AZIENDA

007 ASMA

È esente la sola Spirometria globale (89.37.2) e **non la Spirometria semplice** (89.37.1). Su indicazione applicativa del Direttore del CSA si è disposto l'inserimento ed il collegamento informatico della seguente ulteriore prestazione da erogarsi in esenzione: **ecodopplergrafia cardiaca (codice 88.72.2)**.

013 DIABETE MELLITO

PEPTITE C: esente solo il codice 90.11.2 "Peptide C dosaggio seriato" ma non il codice 90.11.1 Peptide C semplice.

ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] è esente solo il codice 93.08.1. L'Azienda USL di Modena a fronte di una richiesta di Elettromiografia eroga un insieme di prestazioni (93.08.1+ 93.09.1 + 93.09.2 + 93.08.5); l'esenzione se indicata dal prescrittore riguarderà solo la 93.08.1 e dovrà essere corrisposto il ticket per le altre prestazioni elencate.

PER LE SEGUENTI PATOLOGIE:

021 INSUFFICIENZA CARDIACA

024 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

027 IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO(GRAVE)

028 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

0A31 IPERTENSIONE ARTERIOSA

0031 IPERTENSIONE ARTERIOSA (II E III STADIO O.M.S.)

0035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO

è esente il codice 88.72.1 ecografia cardiaca. Su indicazione applicativa del Direttore del CSA si è disposto l'inserimento ed il collegamento informatico della seguente ulteriore prestazione da erogarsi in esenzione: **ecodopplergrafia cardiaca (codice 88.72.2)**.

025 IPERCOLESTEROLEMIA

Oltre alle prestazioni analiticamente riportate in allegato al tesserino sanitario del paziente e collegate informaticamente alle relative patologie è **esente, in presenza di complicanza cardiovascolare, il codice 88.72.1: ecografia cardiaca**. Su indicazione applicativa del Direttore del CSA si è disposto l'inserimento ed il collegamento informatico delle seguenti ulteriori prestazioni da erogarsi in esenzione: **ecodopplergrafia cardiaca (codice 88.72.2)**.

047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA): Su indicazione applicativa del Direttore del CSA si è disposto l'inserimento ed il collegamento informatico della seguente ulteriore prestazione da erogarsi in esenzione: **eco(color) dopplergrafia cardiaca (codice 88.72.3)**.

A L T R E

Nelle seguenti patologie è esente la Radiografia del Torace di routine 87.44.1, NAS, radiografia standard del torace [teleradiografia, telecuore] (2 proiezioni)

008 Cirrosi epatica, cirrosi biliare

021 Insufficienza cardiaca

023 Insufficienza renale cronica

024 Insufficienza respiratoria cronica

027 Ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo congenito

028 Lupus eritematoso sistemico
031 Malattia ipertensiva
035 Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo
047 Sclerosi sistemica (progressiva)
ma non è esente il telecuore con esofago baritato

RICETTA DEL SSN

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, ha approvato con **Decreto 18 Maggio 2004**, modificato con il **Decreto 17.3.2008**, la ricetta medica a lettura ottica.

Il nuovo modello è entrato in vigore nella Regione Emilia Romagna a decorrere **dal 1° Aprile 2005**.

Con circolare regionale **n. 23 del 24.12.2004** sono state impartite indicazioni in merito ai requisiti ed alle modalità di compilazione della nuova ricetta.

La ricetta deve essere sempre utilizzata per:

1. la prescrizione di prestazioni sanitarie con onere a carico del Ssn presso strutture a gestione diretta o accreditate;
2. la prescrizione di prestazioni sanitarie ai cittadini italiani, stranieri e comunitari iscritti al SSN;
3. la prescrizioni di prestazioni agli assicurati presso Istituzioni estere (Paesi comunitari e Convenzionati), il cui onere è a carico di Istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale;
4. la prescrizione di prestazioni sanitarie, con onere a carico del Ministero della Salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile;
5. la prescrizione di prestazioni sanitarie in favore di cittadini stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale con codice/tessera STP;

La ricetta del SSN non può essere utilizzata per richiedere prestazioni nell'interesse privato del cittadino come nel caso di esami o visite per il rilascio o rinnovo patente di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo (tutti a carico del cittadino richiedente) e durante l'espletamento di attività libero professionale e per le eventuali prestazioni conseguenti all'attività erogata in regime libero professionale.

Si riportano di seguito gli elementi di maggior rilievo:

- **Il modello di ricetta è unico per tutta la Regione; il codice a barre in alto a destra, identifica la regione, l'anno e il progressivo della ricetta. La Regione viene indicata per esteso già nel modello ed esiste una numerazione progressiva di ricetta unica all'interno di ogni singola Regione.**
- **il numero di tessera sanitaria è stato sostituito dal codice fiscale (sono esclusi gli assicurati di istituzioni estere e gli stranieri temporaneamente presenti STP)**
- **Il blocco ricettario è assegnato al singolo Medico Prescrittore, identificato anche tramite codice fiscale, che ne è direttamente responsabile.**
- **Il modello di ricetta non si applica nel caso di prescrizione di stupefacenti per i quali rimangono in vigore i relativi modelli speciali.**

La ricetta deve contenere:

Nome e cognome e codice fiscale dell'assistito: l'indicazione del nome e cognome sulla ricetta costituiscono un adempimento necessario. Il codice fiscale deve essere sempre indicato dal medico prescrittore in sostituzione del numero di tessera sanitaria, la mancata indicazione del codice fiscale non consente infatti l'erogabilità della prestazione con oneri a carico del Ssn.

Area relativa alle esenzioni

a)Esenzione ticket per motivi sanitari:

Quando l'assistito ha diritto all'esenzione dal ticket per motivi sanitari (invalidità, patologia cronica, malattia rara, gravidanza, diagnosi precoce, infortunio sul lavoro, ecc.) spetta esclusivamente al medico prescrittore indicare, nell'apposito spazio della ricetta, il codice ministeriale corrispondente alla tipologia di esenzione riconosciuta. I codici di esenzione per patologie/malattie rare e invalidità parziali devono essere utilizzati per esentare solo le prestazioni correlate alla patologia/invalidità secondo criteri di efficacia ed appropriatezza per il monitoraggio della patologia/invalidità.

In ogni ricetta è possibile inserire un solo codice di esenzione, pertanto, qualora il medico debba prescrivere esami esenti correlati a patologie diverse, dovrà compilare più ricette distinte;

Se l'assistito non ha diritto alle esenzioni sopra descritte il medico deve sempre annullare la casella contrassegnata dalla lettera N.

b)Esenzione ticket per motivi di reddito: dal 1° Maggio 2011 gli assistiti che hanno diritto all'esenzione per reddito devono essere in possesso dell'attestato di esenzione rilasciato dall'Azienda USL e il cittadino non può più autocertificare il diritto all'esenzione, di volta in volta, in fase di prenotazione o erogazione della prestazione. L'esenzione per reddito è riconosciuta solo se il relativo codice di esenzione è apposto dal medico prescrittore sulla ricetta del SSN nell'apposito campo delle esenzioni. I medici di medicina generale e pediatri di libera scelta collegati alla Rete Sole visualizzano sui loro applicativi di cartella clinica le informazioni relative alle esenzioni per reddito dei loro assistiti come già avviene per le altre esenzioni a contenuto sanitario.

Quesito Diagnostico: nelle ricette per visite specialistiche ed esami occorre sempre indicare il quesito diagnostico che costituisce un elemento imprescindibile per qualificare come appropriato l'atto medico della prescrizione, favorire la prenotazione presso la sede di erogazione più idonea e fornire allo specialista indicazioni spesso indispensabili alla corretta esecuzione della prestazione.

Retro della ricetta per gli assicurati da Istituzioni estere: sul retro della ricetta devono essere compilate da parte del medico prescrittore le sezioni relative al codice dell'istituzione competente, al n° di identificazione personale, al n° di identificazione della tessera, alla sigla dello Stato estero, occorre inoltre indicare la data di nascita dell'assistito e la data di scadenza della tessera/attestato.

Sigla provincia e codice AUSL: si deve sempre indicare sigla della provincia e codice Asl dell'assistito. Questo serve per attribuire il costo della prestazione alla USL di appartenenza.

Area timbro e firma del medico/data prescrizione: sono campi a riempimento obbligatorio. La mancata apposizione della firma e del timbro - quest'ultimo deve consentire l'identificazione del medico prescrittore – e della data della ricetta comporta la nullità della ricetta e necessariamente il rinvio del cittadino al prescrittore.

Priorità' della prescrizione: la segnalazione della priorità della prestazione avviene biffando una sola delle quattro caselle presenti (U,B,D,P), se il medico non ritiene di esprimere delle priorità temporali rispetto all'erogazione della prestazione dovrà annullare lo spazio contenente le quattro caselle. In assenza di segnalazione (biffatura) del livello di priorità sulla ricetta o annullamento delle quattro caselle presenti, l'operatore dovrà limitarsi a prenotare la prestazione in via ordinaria.

La ricetta può riportare un tagliando adesivo, che è conseguenza della normativa sulla privacy, ed è destinato a coprire le generalità e l'indirizzo dell'assistito. L'applicazione del tagliando è prevista solo a seguito di richiesta da parte dell'interessato, al fine di garantire l'anonimato della ricetta.

La ricetta non può contenere:

1. **esami esenti e non esenti**
2. **prestazioni relative a branche specialistiche diverse**
3. **più di otto prestazioni**

VALIDITA' DELLE PRESCRIZIONI

Prescrizioni farmaceutiche: la ricetta ha validità **30 giorni** dalla data di prescrizione escluso il giorno stesso dell'emissione.

Prescrizioni specialistiche: il termine di validità ai fini della prenotazione è fissato a **6 mesi**

PRESCRIZIONI RILASCIATE A CITTADINI STRANIERI (extracomunitari) e COMUNITARI

I cittadini stranieri extracomunitari e comunitari possono essere:

1. iscritti al SSN

oppure

2. non iscritti al SSN

1) Cittadini stranieri (extracomunitari) iscritti al SSN:

Questi cittadini sono iscritti al SSN ossia inseriti nelle liste degli assistibili di una Azienda USL con scelta di un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e sono in possesso della Tessera sanitaria cartacea dell'Azienda USL di rispettiva iscrizione. Per la compilazione della ricetta si seguono quindi le stesse regole previste per i cittadini italiani e si applica la normativa sul ticket. **Si ricorda l'importanza di controllare sempre la validità dell'assistenza sanitaria attraverso la consultazione degli applicativi informatici in uso o della tessera sanitaria in possesso del cittadino. Se l'assistenza sanitaria risulta scaduta non è possibile eseguire una prescrizione su ricettario SSN finché non viene rinnovata presso i Distretti di riferimento territoriale.**

2) Cittadini stranieri (extracomunitari) NON iscritti al SSN:

a) Cittadini stranieri soggiornanti per motivi turistici o in possesso di un permesso di soggiorno che non consente l'iscrizione al SSN

I cittadini stranieri soggiornanti per turismo o con visto di ingresso per turismo (sul passaporto è presente il timbro di ingresso alla frontiera) **sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie fruite secondo le tariffe dei nomenclatori regionali vigenti** Per l'erogazione e/o la prescrizione di prestazioni sanitarie nei confronti di questi cittadini NON deve essere utilizzata la ricetta del SSN. Al fine di verificare l'eventuale diritto all'iscrizione al SSN il cittadino deve essere invitato a recarsi presso gli Uffici SAUB del Distretto di riferimento.

b) Cittadini stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale con tessera STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Il cittadino straniero irregolarmente presente sul territorio nazionale che necessita di cure urgenti ed essenziali ha diritto al rilascio, in sede di prima erogazione dell'assistenza, da parte delle strutture pubbliche, di una tessera/codice STP (straniero temporaneamente presente). Per la prescrizione di prestazioni a favore di questi cittadini muniti di tessera/codice STP e indigenti i medici delle strutture ambulatoriali e ospedaliere eroganti le prestazioni dovranno riportare sulle ricette il codice STP nel campo relativo al codice fiscale e la sigla ST nel campo "tipo ricetta". Si ricorda che il cittadino straniero titolare di tessera STP che ha rilasciato dichiarazione di indigenza - la condizione di indigenza deve essere indicata sulla Tessera STP - è comunque tenuto al pagamento del ticket per le prestazioni fruitive. E' esonerato dal pagamento del ticket, in analogia con il cittadino italiano, per quanto riguarda: le prestazioni di primo livello, le urgenze (per il Pronto Soccorso il cittadino straniero STP paga il ticket nella stessa misura dei cittadini italiani, cioè in base alla normativa regionale), le malattie croniche/rare riconosciute, lo stato di gravidanza e in relazione all'età (minori di anni 6 e ultrasessantacinquenni). Il cittadino STP che non ha rilasciato dichiarazione di indigenza è tenuto al pagamento delle prestazioni fruitive per intero secondo le tariffe dei nomenclatori regionali vigenti senza applicazione del criterio del ticket; in questi casi non può' essere utilizzata la ricetta del SSN.

1) Cittadini comunitari iscritti al SSN:

Questi cittadini sono iscritti al SSN ossia inseriti nelle liste degli assistibili di una Azienda USL con scelta di un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e sono in possesso della Tessera Sanitaria cartacea dell'Azienda USL di rispettiva iscrizione. Per la compilazione della ricetta si seguono quindi le stesse regole previste per i cittadini italiani e si applica la normativa sul ticket. **Si ricorda l'importanza di controllare sempre la validità dell'assistenza sanitaria attraverso la consultazione degli applicativi informatici in uso o della tessera sanitaria in possesso del cittadino; se l'assistenza sanitaria risulta scaduta non è possibile eseguire una prescrizione su ricettario SSN finché non viene rinnovata presso i Distretti di riferimento territoriale.**

2) Cittadini comunitari (o provenienti da Paesi convenzionati con l'Italia) NON iscritti al SSN in quanto assicurati nel Paese di appartenenza.

I cittadini comunitari in possesso della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) accedono direttamente agli studi dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera Scelta, così come ai Pronto Soccorso, alle strutture ospedaliere e a quelle territoriali ad accesso diretto (es. Consultori, Ambulatori).

I cittadini provenienti da Paesi convenzionati (**Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano e Santa Sede, Macedonia, Principato di Monaco, San Marino, Serbia, Montenegro, Tunisia**) non godono dell'accesso diretto ai prestatori di cure e devono recarsi preventivamente con l'attestato di diritto rilasciato dal Paese di appartenenza presso gli Uffici SAUB del Distretto di riferimento al fine di ricevere uno specifico modulo riportante i dati contenuti nell'attestato di diritto.

Per la prescrizione di prestazioni sanitarie nei confronti dei cittadini comunitari o provenienti da Paesi convenzionati i medici prescrittori devono sempre compilare anche il retro della ricetta SSN e, in particolare, riportare nell'area apposita "**soggetti assicurati da istituzioni estere**", le informazioni presenti nella TEAM o negli attestati equivalenti, indicando anche la data di nascita dell'assistito e la data di scadenza della tessera; l'assistito deve inoltre apporre la propria firma nello spazio previsto.

Il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Continuità Assistenziale che eroga prestazioni sanitarie ad assicurati esteri ai fini della corresponsione del compenso da parte della Asl per la prestazione erogata, dovrà compilare un'ulteriore ricetta a carico dello stesso assistito riportando nelle apposite righe dell'area "prescrizione" la prestazione erogata (es: visita medica ambulatoriale, domiciliare, ecc.) avendo cura di raccogliere la firma dell'assistito sul retro della ricetta.

Quest'ultima ricetta, attestante l'avvenuta prestazione professionale, deve essere successivamente trasmessa agli uffici della AUSL competenti per il rimborso.

Le strutture ospedaliere ed ambulatoriali che erogano le prestazioni sanitarie sulla base di ricette del SSN riferite a questi cittadini devono trasmettere ai Distretti di riferimento le copie delle ricette contenenti le prestazioni specialistiche prescritte, **unitamente alla copia della TEAM o dell'attestato per i Paesi convenzionati**. Per la prescrizione di ulteriori prestazioni direttamente da parte dei medici delle strutture ospedaliere e territoriali devono essere osservate le indicazioni di compilazione del retro della ricetta e trasmissione delle copie delle ricette unitamente alla copia della TEAM ai Distretti di riferimento per consentire gli addebiti nei confronti delle Istituzioni estere di appartenenza degli assistiti.

I cittadini comunitari o provenienti da Paesi convenzionati titolari di TEAM/attestato equivalente sono tenuti al pagamento del ticket nella misura e nei limiti previsti per i cittadini italiani, pertanto anche questi cittadini potranno ottenere, se ne ricorrono i requisiti, l'esenzione dal ticket (es. esenzione per malattia cronica, esenzione per reddito).

PERSONALE SASN (Assistenza sanitaria naviganti)

Il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile è iscritto in appositi elenchi del SASN (Servizio assistenza sanitaria naviganti) ed è titolare di una tessera sanitaria specifica rilasciata dal Ministero della Salute.

Gli assistiti del SASN si rivolgono, di regola, ai propri medici convenzionati, che utilizzano per le prescrizioni un modulo ricetta con l'intestazione del SASN. In caso di necessità possono rivolgersi ai medici prescrittori del Ssn, il medico dovrà riportare nel campo "tipo ricetta":

- per l'assistito SASN italiano codice NA per visita ambulatoriale, ND per visita domiciliare
- per l'assistito SASN straniero – codice NE per soggetti assistiti da istituzioni estere europee, NX per soggetti assistiti da istituzioni estere extraeuropee;

L'assistito mostra la propria posizione mediante il tesserino SASN o la lettera di imbarco. Gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate a questa categoria di assistiti sono a carico del Ministero della Salute.

INDICAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI E AMMINISTRATIVI

Gli operatori del Servizio Sanitario (Sanitari, Amministrativi) sono tenuti a porre in essere tutti gli accorgimenti verbali e scritti affinché l'utente possa assolvere l'obbligo della partecipazione alla spesa sanitaria.

Gli operatori addetti alle prenotazioni (CUP, Centri interni di prenotazioni, segreterie delle radiologia ecc.) possono trovarsi di fronte a queste situazioni:

- 1^a situazione:** il cittadino è esente per un patologia nella quale gli esami e prestazioni esenti sono chiaramente individuati e informaticamente collegati alla procedura CUP e il medico prescrittore ha esentato anche esami non previsti.
Provvedimenti: l'operatore deve quantificare il ticket da pagare per le prestazioni erroneamente esentate e inviare copia della ricetta al responsabile di riferimento.
- 2^a situazione:** **il cittadino è esente per una patologia in cui le prestazioni esenti sono genericamente individuate** ma l'esenzione è chiaramente errata (es. soggetto con esenzione 048 che ha diritto all'esenzione per le sole prestazioni finalizzate al monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti **e il medico esenta ad esempio visita oculistica per congiuntivite o rx per trauma**).
Provvedimenti: l'operatore, se non è presente un medico che possa togliere l'esenzione apposta, prenoterà la prestazione in esenzione ma invierà copia della ricetta al superiore di riferimento per la necessaria comunicazione al medico e l'addebito all'interessato.
- 3^a situazione:** **le visite esenti sono riferite ad una patologia o condizione** (es. nella maternità responsabile sono esenti le sole visite ostetrico/ginecologiche o genetiche nelle situazione previste) **e il medico ha esentato una visita relativa a patologia o condizione diversa** (es. visita endocrinologica in gravidanza).
Provvedimenti: l'operatore richiederà il pagamento del ticket relativo alla visita e invierà copia della ricetta al responsabile di riferimento.

CODIFICA NAZIONALE E REGIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DAL TICKET

(Decreto 17.3.2008 e Circolare regionale n. n. 10 del 30.7.2009)

Con il Decreto 17.3.2008 relativo al modello di ricetta del SSN e alle modalità di compilazione dei medici prescrittori, sono stati definiti i codici nazionali di esenzione dal ticket. Con la circolare regionale n. 10 del 30.7.2009, la Regione Emilia Romagna ha approvato un documento che illustra le diverse categorie di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e ha disposto l'adeguamento dei codici regionali di esenzione alla codifica nazionale.

Per quanto riguarda le malattie croniche e le malattie rare è confermata la codifica nazionale definita, rispettivamente, dal D.M. n. 329/1999 e dal D.M. n. 279/2001.

I medici prescrittori nell'effettuare la prescrizione di prestazioni sanitarie riferite a soggetti esenti per invalidità /patologie o per cause di esenzione non attestabili sulla tessera sanitaria, devono indicare nell'apposito spazio della ricetta del SSN, i nuovi codici di esenzione riportati nella tabella regionale.

TABELLA CODIFICHE ESENZIONE

CODICE ESENZIONE	DESCRIZIONE ESENZIONE	VECCHIO CODICE	VECCHIA DESCRIZIONE
ESENZIONE PER PATOLOGIA			
001-056	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M.28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n.296)		
ESENZIONE PER MALATTIA RARA			
RAannn RQannn	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n.279		
RQ099R	Sensibilità Chimica Multipla (malattia esclusa dall'elenco delle rare con DGR n. 1297/09)		
R99	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).	R99	Sospetto diagnostico ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279
ESENZIONE PER REDDITO			
E01	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)		
E02	Disoccupati – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)		
E03	Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)		
E04	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)		
X01	Cittadini stranieri irregolarmente presenti titolari di tessera STP in corso di validità che abbiano rilasciato dichiarazione di indigenza e siano di età inferiore a anni 6 o maggiore di anni 65 (circolare ministero salute n. 572000 e circolare regionale n. 10 /2009)		Nota: codice mantenuto a livello aziendale per la registrazione sugli applicativi delle prestazioni erogate in esenzione agli STP minori di anni 6 e over 65
ESENZIONE PER INVALIDITA'			
G01	Invalidi di guerra appartenenti alla categoria dalla 1^ alla 5^ titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art.6 comma1 lett.a del D.M.01.02.1991)	I43.G	Invalidi di guerra dalla 1^ alla 5^ categoria
G02	Invalidi di guerra appartenenti alla categoria dalla 6^ alla 8^ (ex art.6 comma 2 lett.a del D.M.01.02.1991)	I43.P	Invalidi di guerra dalla 6^ alla 8^ categoria
L01	Grandi invalidi del lavoro – dal 80% al 100% di invalidità (ex art.6 comma 1 lett.B del	I44.S	Grandi invalidi del lavoro

	D.M.01.02.1991)		(da 80% in su)
L02	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa >2/3- dal 67% al 79% di invalidità (ex art.6 comma 1 lett.b del D.M.01.02.1991)	I44.G	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità Lavorativa superiore ai 2/3
L03	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa <2/3- dal 1% al 66% di invalidità (ex art.6 comma 2 lett.b del D.M.01.02.1991)	I44.P	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3
L04	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991)	I45.P	Infortunati sul lavoro
		I46.P	Affetti da malattie professionali
S01	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1^cat.- titolari di specifica pensione (ex art.6 comma1 lett.c del D.M.01.02.1991)	I47.S	Grandi invalidi per servizio(1^categoria)
S02	Invalidi per servizio appartenenti alla cat. dalla 2^ alla5^ (ex art.6 comma1 lett.c del D.M.01.02.1991)	I47.G	Invalidi per servizio dalla 2^ alla 5^ categoria
S03	Invalidi per servizio appartenenti alla cat. dalla 6^ alla8^ (ex art.6 comma2 lett.c del D.M.01.02.1991)	I47.P	Invalidi per servizio dalla 6^ alla 8^ categoria
C01	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art.6 comma1 lett.d del D.M.01.02.1991)	I09.S	Invalidi civili all 100% senza assegno di Accompagnamento
C02	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art.6 comma1 lett.d del D.M.01.02.1991)	I10.G	Invalidi civili al 100% con assegno di Accompagnamento
C03	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa >2/3- dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6 comma 1 lett.d del D.M.01.02.1991)	I09.G	Invalidi civili con riduzione della capacità Lavorativa superiore ai 2/3
C04	Invalidi civili < di 18anni con indennità di frequenza ex artt.1 Legge n.289/90 (ex art.5 comma 6 del D.Lgs n.124/98)	I09.S	Invalidi civili all 100% senza assegno di Accompagnamento
		I10.G	Invalidi civili al 100% con assegno di Accompagnamento
C05	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art.6 comma 1 lett.f del D.M.01.02.1991	I11.S	Ciechi assoluti
		I11.G	Ciechi con residuo visivo non superiore A 1/20 e sordomuti
C06	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata)-ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01/02/1991(ex art. 7 Legge n. 482/68 come modificata dalla Legge n. 68/99)	I11.G	Ciechi con residuo visivo non superiore A 1/20 e sordomuti
C07	<i>Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20/07/1989, n. 293 e succ. mod.</i>		
V01	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90; art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998); vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 della l. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex.dPR 7 luglio 2006, n. 243)	I48.G	Vittime atti terrorismo e stragi (L.206/04) con invalidità permanente uguale o superiore all'80%
		I48.P	Vittime atti terrorismo e stragi (L.206/04) con invalidità inferiore all'80% e familiari delle vittime (a prescindere dal tipo di invalidità)
N01	Pazienti in possesso di esenzione in base alla Legge n.210 del 25/02/1992-danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (ex art.1 comma 5 lett.d del D.Lgs 124/98)	999	Soggetti danneggiati da complicanze a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati
ESENZIONE PER GRAVIDANZA E MATERNITA' RESPONSABILE			
M00	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.del 10/09/1998) in epoca preconcezionale	M00	Esente per esami preconcezionali
M01-M41	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.del 10/09/1998) in gravidanza ordinaria	M01-M41	Esente per gravidanza fisiologica alla NN settimana (per i codici di prestazione indicati dal DM 10/09/1998 per ciascun periodo di gravidanza)
M50	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.del 10/09/1998) in gravidanza a rischio	M50	Esente per gravidanza a rischio (per tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio)

			dell'evoluzione della gravidanza)
ESENZIONE PER DIAGNOSI PRECOCE – PREVENZIONE – PROFILASSI			
D01	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art.1 comma 4 lett.a del D.Lgs 124/98)		
D02	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett b della Legge 388/2000)-citologico		
D03	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett b della Legge 388/2000)- mammografico		
D04	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett b della Legge 388/2000)- colon retto		
D05	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della Mammella (ex art.85 comma 4 della Legge 388/2000)		
D06	Prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo (ex D.M. 22/10/2002)		
P01	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/199 –seconda parte)		
P02	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro – attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – ultima parte)		
P03	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs.124/1998 – prima parte) Profilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465		
P98	<i>Prestazioni per la tutela della salute dei minori accolti a scopo adottivo (DGR 1036/2009)</i>		
P99	<i>Prestazioni per la tutela della salute dei bambini in affidamento familiare o accolti in comunità residenziali (DGR 1036/2009)</i>		
B01	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV (ex art. 1 comma 4 lett. B del D.Lgs 124/98-prima parte)		
ESENZIONE PER IDONEITA'			
I01	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I01	Prestazioni richieste, in base a protocolli nazionali, per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica, per minori e disabili adulti
ESENZIONE PER DONATORI			
T01	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art.1 comma 5 lett.C del D.Lgs 124/98)		
ESENZIONE PER DETENUTI ED INTERNATI			
F01	Prestazioni a favore dei detenuti ed internati (ex art. 1 comma 6 del D.Lgs 22/06/1999, n.230)		
ESENZIONE PER NAVIGANTI			
PML	<i>Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN</i>		
ESENZIONE PER TERAPIE DEL DOLORE			
TDL01	<i>Terapia del dolore severo – deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore ai trenta giorni.</i>		
ESENZIONE PER PROGRAMMA ODONTOIATRIA			
CI04	<i>Programma Odontoiatria: Esenzione ai sensi dell'Articolo 3 – comma 3 della legge 104/92 "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".</i>		
ISEE1	<i>Esente Totale per reddito ISEE inferiore o uguale a €8.000</i>		
ISEE2	<i>Partecipazione alla spesa fino a € 40,00 per prestazione per reddito ISEE compreso tra € 8.001 e € 12.500</i>		
ISEE3	<i>Partecipazione alla spesa fino a € 60,00 per prestazione per reddito ISEE compreso tra € 12.501 e € 15.000</i>		
ISEE4	<i>Partecipazione alla spesa fino a € 80,00 per prestazione per reddito ISEE compreso tra € 15.001 e € 20.000</i>		
ISEE5	<i>Partecipazione alla spesa con la tariffa intera della prestazione per reddito ISEE compreso tra € 20.001 e € 22.500</i>		

DESCRIZIONE DI ALCUNE TIPOLOGIE DI ESENZIONI NON ATTESTATE SULLA TESSERA SANITARIA

Esenzioni per reddito per cittadini STP indigenti minori di anni 6 e over 65:

codice di esenzione X01: è mantenuto a livello aziendale il codice di esenzione X01 che deve essere registrato sugli applicativi aziendali dalle strutture di prenotazione/accettazione nei casi di prestazioni sanitarie da erogare nei confronti di cittadini stranieri irregolarmente presenti titolari di tessera STP che abbiano rilasciato dichiarazione di indigenza e siano di età minore di anni 6 o maggiore di 65. La registrazione di questo codice consente un'identificazione puntuale delle prestazioni erogate a questi cittadini

Esenzione per il personale navigante SASN (D.M. 22.2.1984) :

codice di esenzione PML: E' un codice di esenzione specifico per il personale SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) che deve essere utilizzato nei casi di prescrizione di prestazioni medico legali erogate ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN, sono comprese le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico legale (es: visite preventive di imbarco, accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica di primo grado ecc).

Per gli assistiti SASN che hanno diritto all'esenzione alle stesse condizioni previste per la generalità degli assistiti (es: patologia, prevenzione ecc) il medico prescrittore deve utilizzare i codici in uso per il SSN.

Codice di esenzione M52: deve essere utilizzato dal medico per la prescrizione di ulteriori prestazioni in gravidanza al personale navigante

Esenzione per prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidita' civile

codice di esenzione C07: deve essere utilizzato dal medico per la prescrizione delle prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile dalla Commissione di verifica INPS ai sensi del D.M. n. 293/1989.

Esenzione per le Prestazioni incluse nel Protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia- Herzegovina e del Kossovo (D.M. 22.10.2002)

codice di esenzione D06: deve essere utilizzato per la prescrizione di prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kossovo. La prescrizione di queste prestazioni è effettuata dai medici operanti nell'ambito del Dipartimento di Sanità Pubblica nei confronti dei soggetti interessati.

Esenzione per la terapia del dolore severo

codice TDL01: deve essere utilizzato per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni.

Esenzione per prestazioni finalizzate alla promozione di donazioni di sangue

codice di esenzione T01: Solo se richieste dall'AVIS o altri Centri trasfusionali. Non viene utilizzata la ricetta rossa ma gli esami vengono prescritti su apposita modulistica.

Esenzione per prestazioni finalizzate alla donazione di organi e tessuti

codice di esenzione T01: deve essere utilizzato dal medico prescrittore per la prescrizione delle prestazioni connesse all'attività di donazione e richieste dalla struttura sanitaria che effettuerà l'intervento.

Per quanto attiene la donazione di organi e tessuti, l'esenzione, ai sensi della circolare del Ministero della salute 13/2001, riguarda non solo le prestazioni correlate all'atto di donazione, ma anche quelle finalizzate al controllo della funzionalità dell'organo residuo.

Esenzione per assistiti Fuori Regione.(codice FR) - Circ. regionale del 24.4.2012: è da utilizzare per la prenotazione in esenzione dal ticket di prestazioni per assistiti di altre regioni con prescrizioni recanti una codifica di esenzione non presente nell'elenco nazionale/regionale. Ai fini dell'applicazione dell'esenzione il cittadino deve esibire anche la tessera sanitaria della propria Azienda riportante lo stesso codice di esenzione presente sulla prescrizione.

Esenzione Inail:

codice di esenzione L04: deve essere utilizzato dal medico prescrittore per la prescrizione di prestazioni correlate a infortuni sul lavoro e malattie professionali. Sono esenti le prestazioni strettamente collegate all'evento, effettuate durante il periodo di apertura dell'infortunio o malattia professionale o allorquando sussista una condizione di inabilità permanente certificata dall'INAIL (in quest'ultimo caso la condizione è attestata sulla tessera sanitaria).L'esenzione è valida anche se le prestazioni sono effettuate successivamente al periodo di infortunio purché richieste nella fase retribuita (fa fede la data della prescrizione).

Le prestazioni richieste dall'INAIL su carta intestata, finalizzate al riconoscimento di una rendita e pertanto riconducibili agli aspetti medico legali dell'attività dell'Inail sono da addebitare all'Istituto stesso.

Esenzione per prestazioni richieste per rilascio certificati di idoneità (Dpcm 28.11.2003)

codice di esenzione I01: deve essere utilizzato dal medico prescrittore per le prestazioni richieste per il rilascio di certificati di:

1) idoneità per adozione e affidamento di minori

Il D.P.C.M. 28.11.2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 10.12.2003, ha disposto l'inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza delle certificazioni di idoneità all'affidamento ed all'adozione di minori ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, **comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio.**

La Delibera del Consiglio Regionale n. 486 del 28.5.2003 dispone la gratuità del certificato di idoneità psico-fisica all'adozione degli aspiranti genitori rilasciato dal Dipartimento di Sanità Pubblica. In base al DPCM succitato la certificazione corrisponde all'esito finale di una prestazione complessa che include l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e clinici necessari alla formazione del giudizio medico-legale. Sono pertanto esenti dal ticket le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale e di laboratorio necessarie per il rilascio del certificato di idoneità all'affidamento ed all'adozione di minori. Sono compresi gli esami specialistici e diagnostici effettuati su richiesta delle Istituzioni dei Paesi stranieri nei casi di adozioni internazionali.

2) idoneità alla pratica sportiva (DGR n. 775/2004) Il codice di esenzione I01 è riferito alle prestazioni **finalizzate alla certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica e agonistica per i minori e i disabili di ogni età** compresi gli accertamenti diagnostici eventualmente necessari per la definizione dell'idoneità alla pratica sportiva non agonistica e agonistica. La richiesta di visita per attività sportiva agonistica e le eventuali prestazioni aggiuntive necessarie per la certificazione di idoneità sono compilate su un'apposita modulistica dei Centri di medicina sportiva.

3) idoneità allo svolgimento del servizio civile

L'esenzione del ticket è riferita esclusivamente agli accertamenti diagnostici necessari alla formazione della certificazione di idoneità al servizio civile di competenza del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Esenzione Per Detenuti e Internati

codice di esenzione F01: prestazioni a favore dei detenuti e degli internati (ex art. 1 comma 6 del D.lgs 22.6.1999 n. 230)

I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal SSN. Beneficiano dell'esenzione tutti i cittadini italiani, comunitari, stranieri che si trovino nella condizione di detenuti compresi i cittadini stranieri in possesso o meno di un titolo di soggiorno e i cittadini comunitari in possesso o meno della

TEAM. Il Ministero ha comunicato, in via breve, l'esclusione dall'esenzione dal ticket delle persone in detenzione domiciliare e agli arresti domiciliari.

PROTOCOLLO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE PSICO-FISICA DEI BAMBINI ADOTTATI

E' prevista l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria di una serie di esami specialistici e diagnostici individuati dal Protocollo regionale (trasmesso con nota regionale Prot. n. PG/2007/297633 del 22.11.2007 dei bambini adottati (sia provenienti da altri Paesi sia quelli italiani).

Il Protocollo è applicato a cura del Pediatra di libera scelta o del Medico di Medicina Generale entro le prime settimane dell'arrivo dei bambini in Regione.

Ai fini della prescrizione degli esami previsti dal Protocollo il medico prescrittore dovrà riportare sulla **ricetta il codice regionale di esenzione "I01"**. Nell'ambito dei programmi vaccinali la ricerca dei titoli anticorpali è effettuata in esenzione dal ticket utilizzando il codice regionale di esenzione P03 "prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata".

TIPOLOGIE DI ESENZIONI ATTESTATE SULLA TESSERA SANITARIA

Tra le condizioni di esenzione attestate sulla tessera sanitaria, oltre a quelle previste dalla normativa nazionale e relative alle condizioni di invalidità, malattia cronica e malattia rara, in Regione Emilia Romagna sono attestate sulla tessera sanitaria le seguenti condizioni di esenzione:

Esenzione per età/reddito: Con la circolare n. 15 del 2.12.2010 la Regione Emilia Romagna ha disposto che per le condizioni di esenzione per reddito (E01-E02-E03-E04), le Aziende USL devono rilasciare ai propri assistiti un attestato di esenzione.

L'attestato di esenzione è rilasciato sulla base di un'autocertificazione attestante una delle quattro condizioni di esenzione per reddito.

Esenzione per Minori Adottati/Affidati

Con la Delibera di GR n. 1036 del 20.7.2009 e la circolare regionale n.12 è stata introdotta l'esenzione dal ticket, relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ubicate in Emilia-Romagna, dei minori (0-17 anni), che al momento della fruizione della prestazione risultino:

- a) accolti a scopo adottivo da coniugi residenti nella regione Emilia-Romagna a seguito di procedure di adozione nazionale e internazionale, per la durata di 24 mesi dall'ingresso del minore in famiglia;
- b) affidati a coppie, a singoli o a familiari di 2° o 3° grado residenti in comuni della Regione Emilia-Romagna, o accolti nelle comunità residenziali di cui alla DGR 846/07 presenti sul territorio regionale, per l'intera durata del periodo di affido o di accoglienza in comunità predisposto dal servizio sociale di competenza a partire dalla data del provvedimento.

I medici prescrittori nell'effettuare la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali a favore dei minori appartenenti a queste categorie dovranno indicare nell'apposito spazio della ricetta i nuovi codici regionali di esenzione risultanti sulla tessera sanitaria dell'assistito.

CODICE ESENZIONE RER	DESCRIZIONE RER
P98	Prestazioni specialistiche ambulatoriali per i minori accolti a scopo adottivo
P99	Prestazioni specialistiche ambulatoriali per minori in affidamento familiare anche a parenti o accolti in comunità residenziali

Il diritto all'esenzione ticket è riconosciuto anche i minori stranieri titolari di tessera STP valida e per i quali sia stata acquisita dichiarazione di indigenza accolti nelle comunità residenziali presenti sul territorio regionale. Gli uffici saub attestano manualmente sulla tessera STP il codice regionale P99 .La scadenza dell'esenzione P99 coincide con la scadenza semestrale della tessera STP e potrà essere rinnovata, non oltre il compimento della maggiore età, unitamente al rinnovo semestrale della tessera STP e della dichiarazione d'indigenza.

Esenzione per tessera PSU (Permesso di soggiorno per motivi umanitari (DPCM 5.4.2011 e circolare Rer del 15.4.2011): si tratta di una esenzione dal ticket introdotta dalla Regione E.R nel 2011 in relazione alle misure di protezione temporanea adottate per gli immigrati provenienti dai Paesi del Nord Africa. L'esenzione è riconosciuta attraverso la tessera PSU rilasciata agli assistiti dalla strutture di primo accesso.

Esenzione per evento sisma (codice T12)

Con la DGR n. 1154/2012 e la circolare attuativa n. 13 del 5.9.2012, in allegato, la Regione ha disposto la proroga fino al 31.12.2013 dell'esenzione dal ticket per le seguenti categorie:

1. persone residenti nei Comuni danneggiati che hanno avuto l'ordinanza del Sindaco di inagibilità/sgombero del proprio luogo di abitazione, studio professionale o Azienda;
2. componenti del nucleo anagrafico e parenti di primo grado di soggetti deceduti a causa degli eventi sismici;
3. lavoratori di Aziende che operano nelle zone colpite dal sisma - anche non residenti - in possesso dei requisiti previsti, dalla Delibera di Giunta Regionale N. 1911/2011, per i lavoratori colpiti dalla crisi (cassa integrati, lavoratori in mobilità, disoccupati, contratti di solidarietà).

Alle persone delle categorie 1 e 2 è rilasciato un attestato di esenzione riportante il codice T12 valido fino al 31.12.2013

Per la categoria 3) i criteri sono quelli del provvedimento regionale sui lavoratori colpiti dalla crisi. Il riconoscimento dell'esenzione avviene sulla base dell'autocertificazione presentata all'atto della prenotazione/erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'esenzione dal ticket continua ad applicarsi a tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche e private accreditate del SSN, all'assistenza termale e all'assistenza farmaceutica relativamente ai farmaci di fascia A nonché ai farmaci in fascia C compresi nei Prontuari Aziendali e in distribuzione diretta.

GRAVIDANZA FISIOLOGICA

Codici di esenzione da indicare a cura del medico prescrittore sulla ricetta

Quando nel corpo della ricetta è indicato un periodo di gestazione differente da quello specificato dal codice di esenzione riportato dal medico nell'apposito campo, dovrà essere riconosciuto, ai fini dell'esenzione, il periodo di gravidanza autocertificato dalla gestante.

Libero accesso: per la visita ostetrico-ginecologica in gravidanza effettuata in libero accesso in assenza di impegnativa il cittadino non può far valere il diritto all'esenzione. L'esenzione potrà essere verificata - ed eventualmente applicata - in sede di erogazione della prestazione.(Circ.reg. n. 10/2009)

DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 1704 DEL 19.11.2012 “RECEPIMENTO DELLE LINEE GUIDA GRAVIDANZA FISIOLOGICA DEL SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA”

Con la Delibera suindicata è stato disposto l'aggiornamento dell'allegato B del D.M. 10.9.1998 per il controllo della gravidanza fisiologica a tutela della maternità. Sono state introdotte nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio e definita la tempistica della loro esecuzione.

Le prestazioni presenti nell'allegato B del D.M. 10.9.1998 non riprese nell'elenco dell'allegato 2 alla delibera regionale restano comunque escluse dalla partecipazione alla spesa *qualora dovessero rendersi necessarie su richiesta del medico prescrittore.*

Le nuove prestazioni devono essere riconosciute in esenzione dal ticket limitatamente **alle assistite residenti nella nostra Regione comprese le cittadine straniere iscritte al SSR residenti nello Stato di provenienza ma con dimora effettiva in un Comune della Regione, poiché gli oneri aggiuntivi derivanti dall'implementazione dei Lea nazionali sono a carico del sistema sanitario regionale.**

In caso di prescrizioni nei confronti di assistite residenti fuori Regione i medici prescrittori dovranno pertanto porre attenzione prescrivendo in esenzione dal ticket solo le prestazioni previste dal D.M. del 1998 in base alla settimana di gestazione, mentre per le nuove prestazioni introdotte dal provvedimento regionale, se il medico prescrittore ritiene di prescriberle, dovrà redigere un'altra ricetta senza indicare l'esenzione relativa in quanto l'assistita non residente in Regione è tenuta al pagamento del ticket corrispondente.

Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica esenti ticket (D.M. 10.9.1998 e DGR 1704/2012)

Oltre agli esami di seguito indicati sono esentate dal ticket le visite ostetrico-ginecologiche.
Sulla stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni esenti e prestazioni non esenti.

Prestazioni da prescrivere al 1° INCONTRO - entro 13 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M01/M13

Branca	cod.AUSL	DMR	SOLE	descrizione
LB	LB00902	91.38.5	1685.001	CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP TEST)(1)
LB	LB00010	90.66.5	1334.154	EMOGLOBINE (Hb) ANOMALE (ELETTROFORESI)
LB	LB00488	91.22.4	1604.154	VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
LB	LB00024	90.49.3	1249.154	ANTICORPI ANTI ERITROCITI (COOMBS INDIRETTO)
LB	LB00480	91.19.5	1590.154	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI§§
LB	LB00481	91.20.1	1591.154	VIRUS EPATITE C (HCV) IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)§§
LB	LB00801	90.94.2	1471.001	COLTURALE URINE
LB	LB03361	91.26.4	4487.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG
LB	LB03362	91.26.4	4488.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM
LB	LB10336	Profilo	9264.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG + IgM
LB	LB03313	91.09.4	4483.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG
LB	LB03314	91.09.4	4484.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM
LB	LB00020	90.65.3	1328.154	GRUPPO SANGUIGNO ABO E Rh
LB	LB00308	91.10.5	1544.154	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUANTIT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA)
LB	LB00002	90.62.2	1312.154	EMOCROMO COMPL.CON FORMULA E PIASTRINE
LB	LB00307	91.11.1	1545.154	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) (VDRL) (RPR)
LB	LB00751	90.44.3	1226.001	ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO URINE
LB	LB00101	90.27.1	1137.154	GLUCOSIO
LB	LB00184	90.27.1	1137.368	GLUCOSIO post prandiale
LB	LB00201	90.27.1	1137.370	GLUCOSIO diuresi/24h
LB	LB00131	90.09.2	1048.154	GOT (AST) (TRANSAMINASI)
LB	LB00132	90.04.5	1026.154	GPT (ALT) (TRANSAMINASI)
LB	LB00284	90.28.1	1142.154	EMOGLOBINA (Hb) GLICATA
LB	LB03115	90.83.4	4633.190	CHLAMYDIA TRACHOMATIS/NEISSERIA GONORRHOEAE DNA (PCR) urina§§
LB	LB03088	90.83.4	4461.190	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) urina§§
LB	LB03089	90.83.4	4461.189	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) uretrale§§
LB	LB03090	90.83.4	4461.340	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) cervice§§
LB	LB03091	90.83.4	4461.087	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) liquido seminale§§
LB	LB03092	90.83.4	4633.001	CHLAMYDIA TRACHOMATIS/NEISSERIA GONORRHOEAE DNA (PCR)§§
LB	LB03190	90.83.4	4461.033	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) congiuntivale dx§§
LB	LB03191	90.83.4	4461.372	CHLAMYDIE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) congiuntivale sx§§
LB	LB03013	90.83.4	4496.190	NEISSERIA GONORRHOEAE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) urina§§
LB	LB89805	90.83.4	4496.189	NEISSERIA GONORRHOEAE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) uretrale§§
LB	LB89806	90.83.4	4496.340	NEISSERIA GONORRHOEAE ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR) cervice§§
OS	OS00310	887801	4548.001	TEST COMBINATO (BITEST + ECOGRAFIA TRANSLUCENZA NUCALE)
OS	OS00012	88.78	0863.001	ECOGRAFIA OSTETRICA (se non viene effettuato il TEST COMBINATO)

Prestazioni da effettuare fra la 14 e 18 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M14/M18

LB	LB00182	90.26.4	1135.154	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO FINO A 3 DETERMINAZIONI)(2)
LB	LB03361	91.26.4	4487.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)
LB	LB03362	91.26.4	4488.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10336	Profilo	9264.154	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG + IgM
LB	LB03313	91.09.4	4483.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)
LB	LB03314	91.09.4	4484.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM

Prestazioni da effettuare fra la 19 e 23 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M19/M23

LB	LB03313	91.09.4	4483.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)
LB	LB03314	91.09.4	4484.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM
OS	OS00019	88.78.3	4458.001	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA (da eseguirsi fra la 19+0 e la 20 settimane + 6 giorni)

Prestazioni da effettuare fra la 24 e 27 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M24/M27

LB	LB00182	90.26.4	1135.154	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO FINO A 3 DETERMINAZIONI)(3)
LB	LB03313	91.09.4	4483.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)

LB	LB03314	91.09.4	4484 .154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM
LB	LB00751	90.44.3	1226 .001	ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO URINE
Prestazioni da effettuare fra la 28 e 32 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M28/32				
LB	LB00024	90.49.3	1249.154	ANTICORPI ANTI ERITROCITI (COOMBS INDIRECTO)
LB	LB00002	90.62.2	1312.154	EMOCROMO COMPL.CON FORMULA E PIASTRINE
LB	LB03313	91.09.4	4483 .154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)
LB	LB03314	91.09.4	4484 .154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM
OS	OS00038	88.78	0863 .001	ECOGRAFIA OSTETRICA (se indicato)
Prestazioni da effettuare possibilmente fra la 33 e 37 settimane + 6 giorni ESENZIONE: M33/M37				
LB	LB00488	91.22.4	1604.154	VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
LB	LB03313	91.09.4	4483 .154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (in caso di IgG negative)
LB	LB03314	91.09.4	4484 .154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (in caso di IgG negative)
LB	LB10331	Profilo	9262.154	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG + IgM
LB	LB00308	91.10.5	1544.154	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUANTIT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA)
LB	LB00002	90.62.2	1312.154	EMOCROMO COMPL.CON FORMULA E PIASTRINE
LB	LB00471	91.18.5	1585 .154	VIRUS EPATITE B ANTIGENE s (HBsAg)
LB	LB00837	91.08.4	1533.001	COLTURALE STREPTOCOCCO AGALACTIAE (GRUPPO B) TAMPONE VAGINORETTALE (da offrire a 36+0 - 37 settimane + 6 giorni)
LB	LB00307	91.11.1	1545.154	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) (VDRL) (RPR)
LB	LB00751	90.44.3	1226 .001	ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO URINE
Prestazioni da effettuare a 41 settimane ESENZIONE: M41 solo su richiesta specialistica				
OS	OS00038	88.78	0863 .001	ECOGRAFIA OSTETRICA (per valutazione liquido amniotico)
OS	OS00023	75.34.1	0861 .001	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA IN GRAVIDANZA

NOTE

§§ da offrire solo a gravide con fattori di rischio (Allegato 3 - Tabelle 1 e 2)

(1) da offrire se non eseguito nei 3 anni precedenti, alle donne nella fascia d'età dello screening (dai 25 anni in poi)

(2) da offrire a gravide con fattori di rischio vedi tabella 3

(3) da offrire a gravide con fattori di rischio vedi tabella 4. Da fino alla 28 settimane + 6 giorni

in evidenza le prestazioni che se richieste a donne assistite residenti fuori regione devono essere prescritte con RICETTA NON ESENTE ad eccezione del Test Combinato (887801) che deve essere richiesto su ricetta bianca con pagamento dell'intera tariffa

PRESTAZIONI DELL'ALLEGATO B DEL D.M. 10.9.1998

- 1.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]
 - 91.26.4VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, entro la 17a settimana;
 - 91.09.4 TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto;
 - 91.10.5 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin passiva qualora non eseguita in funzione preconcezionale esteso al partner passiva) [TPHA]: qualora non eseguita in funzione preconcezionale esteso al partner
 - 91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTICARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL][RPR]: qualora non eseguita in funzione preconcezionale esteso al partner;
 - 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2]ANTICORPI IN CASO DI RISCHIO ANAMNESTICO
 - 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 ABO, il test deve essere ripetuto alla 34^a - 36^a settimana

2.Tra la 14^a e la 18^a settimana

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

3.Tra la 19^a e la 23^a settimana

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(*)

88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA;

4.Tra la 24^a e la 27^a settimana

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(*)

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

5.Tra la 28^a e la 32^a settimana

90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(*)

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

88.78.1 ECOGRAFIA OSTETRICA

Tra 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 sono esenti se richiesti dallo specialista ginecologo di struttura pubblica o dal medico di medicina generale su specifica richiesta dello specialista:

88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA

75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA: se necessario monitorare fino al parto.

Es: Ai fini dell'esenzione il medico prescrittore indicherà "M41"

(*)In caso di batteriuria significativa: 90.94.2 ESAME COLTURALE DELL'URINA [urinocoltura]
Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni, Incluso : conta batterica.

MINACCIA DI ABORTO

Sono da includere tutte le prestazioni specialistiche **prescritte dallo specialista ginecologo** necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza. **Ai fini dell'esenzione il medico prescrittore dovrà indicare "M50"**.

PRESTAZIONI FINALIZZATE ALLA DIAGNOSI PRENATALE DI CUI ALL'ALLEGATO C del Decreto 10 settembre 1998".

La prescrizione è effettuata dallo specialista ginecologo o genetista. Ai fini dell'esenzione lo specialista deve apporre la dizione "**Diagnosi Prenatale**".

Sono esenti le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza necessarie e appropriate per la diagnosi prenatale, nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate nell'allegato C

Le indicazioni alla diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

1. presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori: età materna avanzata ($= o > 35$ anni),
2. genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche;
3. presenza di un rischio fetale reso evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico ,
4. malattie infettive insorte in gravidanza ,
5. positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche,
6. familiarità per patologie genetiche.

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

1. età materna avanzata ($= o > 35$ aa),
2. genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica,
3. genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico,
4. genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità,
5. anomalie malformative evidenziate ecograficamente ,
6. 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.

La lettera H indica le prestazioni erogate in ambulatori situati presso Istituti di ricovero ovvero ambulatori protetti.

PRECONCEZIONE

Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale.

1) Per la donna

(riquadro 1 all. A del D.M 10 SETTEMBRE 1998)

MODALITÀ DI ESENZIONE:

il medico specialista o di Medicina generale deve indicare "M00" nell'apposito spazio previsto per l'esenzione sulla ricetta.

PRESTAZIONI ESENTI:

- 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 (IgG, IgM);

- 91.09.4 TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) (IgG, IgM);
- 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 CERVICOVAGINALE [Pap Test].

2) Per l'uomo

(riquadro 2 all. A DEL D.M 10 SETTEMBRE 1998) .

MODALITÀ DI ESENZIONE:

il medico specialista o di Medicina generale deve indicare "M00" nell'apposito spazio previsto per l'esenzione sulla ricetta.

PRESTAZIONI ESENTI:

- 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) Per la coppia

(riquadro 3 allegato A DEL D.M 10 SETTEMBRE 1998)

MODALITÀ DI ESENZIONE:

il medico specialista ginecologo o genetista (la prescrizione dello specialista è obbligatoria) deve indicare "M00" nell'apposito spazio previsto per l'esenzione sulla ricetta.

SONO ESENTI:

le seguenti prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e **le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici** (art. 2 ,comma 1 del Decreto 10 settembre 1998) prescritte dallo specialista alla coppia, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto:

- 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI;
- H90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh(D);
- 911015 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoaagglutin passiva) [TPHA];
- 91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTICARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR].

4) Abortività ripetute o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale

(riquadro 4 allegato A del D.M. 1998)

MODALITÀ DI ESENZIONE:

il medico specialista ginecologo o genetista (la prescrizione dello specialista è obbligatoria) deve indicare "M00"

SONO ESENTI:

- 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 ANTIMICROSOMI (AbTMS) O ANTI IREOPERROSSIDASI (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.

CAMPAGNE DI SCREENING

(Programmi predisposti o autorizzati con atti formali della Regione)

Le seguenti prestazioni possono essere predisposte in esenzione esclusivamente dai medici operanti nei servizi aventi come compito istituzionale la prevenzione.

Nella nostra provincia vengono effettuati:

- a. Pap- test triennale nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni,
- b. Mammografia annuale a tutte le donne nella fascia di età dai 45 ai 49 anni
- c. Mammografia biennale nelle donne di età compresa tra 50 e 74 anni

In questi interventi di screening è prevista la totale esenzione dalla partecipazione alla spesa da parte delle cittadine, anche per le prestazioni necessarie nelle fasi di successivo approfondimento diagnostico e di trattamento (circ. n. 1 RER del 22.01.2001).

Screening dei tumori della mammella e percorsi di accesso alle prestazioni di senologia

(DGR n. 1035/2009 e DGR n. 1414/2012 - note Direttore Sanitario Prot. n. 27039/PG del 17.4.2012 e Prot. n. 42313 del 6.6.2013)

Le donne di età fra 45-74 anni, non urgenti, prive di una esenzione 048, sono indirizzate sul percorso screening per la prenotazione su posti dedicati (non serve la ricetta del SSN). I presupposti per l'accesso allo screening sono:

- che sia trascorso almeno un anno da un'eventuale precedente mammografia
- se la donna ha un'età compresa tra 50 e 74 anni non deve aver eseguito negli ultimi due anni una mammografia in esenzione per prevenzione o all'interno del programma di screening

Se l'utente non aderisce allo screening la mammografia è prenotabile tramite Cup ed erogata esclusivamente da strutture private accreditate.

Percorso per donne con condizioni cliniche di urgenza

età < a 40 anni: il servizio sanitario regionale prevede, quale accertamento d'esordio, l'esame clinico-strumentale della mammella (visita+ecografia) prenotabile tramite Cup con priorità B (7 giorni).

età uguale o superiore ai 44 anni: è possibile richiedere la mammografia con urgenza B (7 giorni) prenotabile tramite Cup.

Percorso per donne senza condizioni cliniche di urgenza

età < 40 anni: è prevista la visita senologica da erogare entro 90 giorni. Il radiologo potrà prescrivere ed erogare, se necessario, l'ecografia mammaria.

età dai 40 ai 44: è possibile richiedere la mammografia prenotabile tramite Cup da erogare entro 90gg. dalla richiesta.

età superiore o uguale a 75 anni: è possibile richiedere la mammografia prenotabile tramite Cup, da erogare entro 90 giorni.

Le donne sono tenute al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria quando:

- non appartengono alle classi di età previste dai programmi ;
- appartengono alle classi di età previste ma si presentano a controllo non scaduto;

Fanno eccezione a quanto sopra le donne alle quali viene diagnosticato un cancro di intervallo. Pertanto qualora il tumore insorga in una donna che, avendo eseguito un esame di screening con risultato negativo, ha una diagnosi di tumore al di fuori della procedura di screening, le prestazioni finalizzate alla diagnosi

sono da considerare ricomprese all'interno del programma di screening e in quanto tali esentate dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Rischio eredo familiare per il carcinoma della mammella (DRG 220/2011 e circolare n. 21 del 29.12.2011)

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate secondo i protocolli di sorveglianza e terapeutici individuati dal provvedimento regionale sono esenti dal ticket ai sensi del D.LGS N. 124/9 (es: nella prima fase il Mmg o lo specialista inviano la paziente al centro spoke di senologia con prescrizione su ricetta del SSN di una prima visita di genetica medica indicando il sospetto profilo di rischio 2 o più).

L'esenzione si applica anche per le prestazioni connesse alla prima valutazione del rischio sia per le donne in età di screening, sia per quelle con età diversa, per garantire la piena adesione al percorso diagnostico proposto.

L'esenzione è applicabile solo nell'ambito del percorso individuato dal programma regionale, all'interno delle strutture di riferimento indicate. Le donne provenienti da altre regioni e non assistite in Regione, qualora non siano esenti ad altro titolo, devono essere assoggettate alla partecipazione alla spesa.

Screening del colon retto

Nella Regione Emilia Romagna è attivo un programma di screening del colon- retto che prevede:

A) Screening biennale per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto rivolto a tutte le persone – uomini e donne – dai 50 ai 69 anni mediante test per la ricerca del sangue occulto nelle feci con metodo immunologico su un unico prelievo, con invito ad eseguire il test ogni due anni e ad effettuare una colonscopia di approfondimento per tutti coloro che risulteranno positivi al test. Le persone che hanno effettuato la colonscopia risultata normale saranno invitate per eseguire un nuovo test di ricerca dopo 5 anni. Tutti gli esami, dalla ricerca del sangue occulto nelle feci alla colonscopia come test di screening, agli esami di approfondimento diagnostico successivi e di follow-up a seguito di interventi terapeutici (compresi i kit di preparazione dell'intestino per gli esami endoscopici o radiologici), riferiti a questo programma, sono esenti da ticket ai sensi dell'art. 1 comma 4 lettera a) del Decreto Legislativo n. 124/1998. (circ.reg. n.11/2004).

B) Offerta di una colonscopia o di un test per la ricerca di sangue occulto nelle feci alle persone di età inferiore ai 75 anni che abbiano avuto un familiare di primo grado (genitori, fratelli, sorelle e figli) a cui è stato diagnosticato un tumore colon-rettale in età inferiore ai 70 anni (caso indice). Quando non è il centro screening a farsene carico, l'accesso alla prestazione con esenzione dal ticket è subordinato a specifica richiesta del MMG o dello specialista, previa valutazione della posizione dell'assistito nei confronti del programma di screening. La ricetta dovrà riportare, nel campo prescrizione, l'indicazione del caso indice a livello familiare e il grado di parentela dell'assistito.

C) Raccomandazione ai MMG di proporre ai loro assistiti, compresi nella fascia di età 70-74 anni che non hanno mai effettuato l'esame, l'esecuzione di una colonscopia o in subordine del test per la ricerca del sangue occulto.

(Circolari regionali n.11/2004 e n. 5/2006)

Progetto regionale sulla lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare (Dgr n. 1705/2012 e circolare regionale n. 17 del 6.12.2012)

Si configura come programma di prevenzione ai sensi dell' art. 1 del D.lgs n. 124/98 e comporta per i destinatari del progetto l'esenzione dal ticket dei seguenti esami di laboratorio: glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e colesterolo HDL.

I medici prescrittori per la prescrizione di questi i esami devono indicare nell'apposito spazio della ricetta il codice regionale di esenzione **D98**.

L' esenzione è applicabile solo nell'ambito del Progetto attivato in Azienda USL limitatamente ai nuclei cure primarie di Bomporto, Bastiglia, Ravarino e medicina di gruppo di Carpi.

L'esenzione è limitata ai soli cittadini residenti e assistiti nella Regione Emilia-Romagna.

DIAGNOSI PRECOCE / PREVENZIONE (Legge finanziaria 2001)

Prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile del carcinoma e dei precancerosi del colon retto (finanziaria 2001).

a) **Mammografia**, ogni due anni, in favore delle donne di età compresa tra 45 e 69 anni. **Per integrazione prevista dalla legge finanziaria 2002 sono esenti gli esami di II livello** qualora si renda necessario un approfondimento diagnostico conseguente alla mammografia eseguita in esenzione.

b) Esame citologico cervico-vaginale (PAP-test), ogni tre anni a favore delle donne di età compresa tra 25 e 65 anni. Sono erogati in esenzione dal ticket anche gli eventuali approfondimenti diagnostici (circ. reg. n. 10/2009).

c) Colonscopia, ogni 5 anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni e della popolazione a rischio che sarà individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministero della salute.

Con circolare regionale **n. 5 del 23.5.2006** la Regione ha disposto la gratuità di tutti gli accertamenti conseguenti ad un primo esame di colonscopia dubbio o positivo effettuato nell'ambito della prevenzione.

L'utente dovrà autocertificare su apposito modulo di non avere effettuato l'esame in regime di esenzione nel periodo indicato.

Con la definizione dei percorsi regionali di screening mammografico e dei percorsi senologici sono da intendersi superate le indicazioni contenute nella circolare n. 5/2005 sull'early recall mammografico per le donne di età fra i 45 e i 49 anni.

CODICI DI ESENZIONE PER DIAGNOSI PRECOCE (Prevenzione) - SCREENING

Sono individuati i seguenti codici di esenzione che i medici prescrittori devono utilizzare nelle diverse condizioni di **Screening** e **Diagnosi precoce (Prevenzione)** sopra illustrate.

CODICE ESENZIONE RER	DESCRIZIONE RER (DESCRIZIONE NAZIONALE)	NOTE APPLICATIVE
D01	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art.1 comma 4 lett.a del D.Lgs 124/98)	Colon-retto: screening chiamata attiva 50-69 anni; familiari primo grado e appartenenti alla fascia di età 70-74

		anni anche con prescrizione MMG; approfondimenti diagnostici Collo utero (Pap test): screening chiamata attiva 25-64 anni e approfondimenti diagnostici Mammella (Mammografia): screening 45/74 anni;
D02	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett b della Legge 388/2000) Citologico	Collo utero (Pap test): 25-65 anni purché no screening nei tre anni precedenti NB: per approfondimenti conseguenti usare codice D01
D03	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 lett b della Legge 388/2000) mammografico	Mammella (Mammografia): 45-69 anni purché no screening nei due anni precedenti
D04	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett b della Legge 388/2000) Colon-retto	Colon-retto (colonscopia): oltre 45 anni purché no screening nei 5 anni precedenti NB: per approfondimenti conseguenti usare codice D01
D05	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della Mammella (ex art.85 comma 4 della Legge 388/2000) e allo screening	Mammella: approfondimenti diagnostici nell'ambito della diagnosi precoce e dei percorsi di screening
D98	Progetto lettura carta del rischio cardiovascolare - esenzione esami di laboratorio: glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e colesterolo HDL	Progetto limitato a NCP Bomperto, Bastiglia, Ravarino, medicina gurppo Carpi
D99	Prestazioni diagnostiche (visita e approfondimenti diagnostici o di sorveglianza) correlate al riscontro di rischio eredo-familiare per tumore della mammella (ex art. 1 comma 4 lett. A del D.lgs n. 124/98)	Mammella: rischio eredo-familiare per tumore della mammella

PERCORSI PER MAMMOGRAFIA EXTRASCREENING E PRESTAZIONI CORRELATE

La Direzione Aziendale, sulla base anche di indicazioni regionali ed al fine di assicurare omogeneità di comportamenti, ha ritenuto di approvare un percorso specifico **per le sole prescrizioni di mammografie richieste dai medici di fiducia a fini diagnostici** che, non rientrando nei programmi di screening e prevenzione sopra illustrati, sono soggette al pagamento del ticket da parte del cittadino (nota Direzione Sanitaria Prot. n. 45P/12 del 5.8.2004).

A decorrere dal 1° Ottobre 2004 le prescrizioni di mammografie richieste dai Medici di Fiducia per assistite non esenti e non rientranti nel programma di Prevenzione dovranno essere regolarmente prenotate ma il pagamento del ticket da parte dell'assistita avverrà al termine degli eventuali successivi accertamenti diagnostici che il radiologo riterrà necessario effettuare al fine di definire la diagnosi, analogamente a quanto avviene nel programma di Screening.

Le prestazioni successive alla mammografia dovranno essere richieste a cura del radiologo sul modulo di prenotazione (modulo risorse) ed il ticket dovrà essere calcolato sulle prestazioni effettivamente erogate secondo il seguente schema :

	PRESTAZIONE EFFETTUATA	Ticket dovuto
A	Mammografia bilaterale	34,85 Euro
B	Mammografia bilaterale + ecografia mono/bilaterale	36,15 Euro
C	Mammografia bilaterale + ecografia mono/bilaterale + agoaspirato o agobiopsia ecoguidata	36,15
	Esame citologico o esame istopatologico	36,15
	Totale	72,30

Le prestazioni correlate alla mammografia extrascreening appartenenti alla stessa branca specialistica devono rientrare all'interno del tetto di spesa di euro 36,15 anche nel caso in cui non possono essere erogate nel corso della stessa seduta (nota Direzione Sanitaria Prot. n. 62 del 10.11.2004)

Si precisa che il pagamento del ticket, anche se effettuato al termine del percorso diagnostico, dovrà comunque avvenire prima del ritiro del referto e nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso una struttura privata il ticket dovrà essere riscosso direttamente da quest'ultima anche se la prenotazione è avvenuta presso il CUP.

TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA E PROFILASSI

PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

Per quanto attiene i soggetti destinatari poiché, ai sensi dell'art. 93 della legge 23 dicembre 2000 n. 388, non sono più compresi gli alunni e il personale scolastico, i programmi di sorveglianza della tubercolosi sono riservati ai seguenti gruppi ad alto rischio individuati dalla circolare 11 del 24 giugno 1999 dell'Assessorato regionale alla sanità :

- Soggetti immigrati da Paesi ad alta endemia tubercolare
- Soggetti esposti a rischio professionale (operatori sanitari di reparti ospedalieri o altre strutture che assistono frequentemente pazienti con tubercolosi),
- Soggetti portatori di esiti fibrotici di tubercolosi non trattata in precedenza con un efficace ciclo di terapia
- Soggetti con patologie o condizioni favorevoli quali:
 - Diabete mellito scompensato,
 - Silicosi
 - Terapia immunosoppressiva,
 - Gastrectomia
 - Malnutrizione
 - Alcolismo

Per quanto attiene le modalità operative i Servizi che hanno quale compito istituzionale la prevenzione effettueranno la richiesta degli esami previsti in esenzione (Mantoux o radiografia del torace quando ricorrono le condizioni) su ricettario a lettura ottica. L'esenzione verrà indicata apponendo sulla ricetta il codice regionale P01

MONITORAGGIO POST ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHI DI INFEZIONE HBV, HCV, HIV

Circolare n. 19/2002 della Giunta regionale

Il primo intervento di emergenza a seguito di puntura accidentale in genere si effettua presso il Pronto Soccorso; in tale contesto verranno effettuati tutti i test previsti dal protocollo regionale al tempo zero, senza partecipazione alla spesa da parte del cittadino. In particolare è prevista la valutazione dei seguenti parametri:

HBsAg
HBsAb con titolazione
HbcAb
HCV Ab
HIV Ab
Transaminasi

Dopo 6 settimane: HIV Ab in caso di rischio fortemente sospetto. Per questa ricerca è necessario ottenere il consenso informato ai sensi dell'art. 5 della legge n. 135 del 5.6 del 1990

Dopo 4-6 settimane dall'esposizione: se fosse importante una diagnosi precoce di un'infezione di HCV, è possibile determinare l'HCV-RNA .

Dopo 3 mesi: HIV Ab in caso di rischio fortemente sospetto.
Transaminasi in caso di rischio da HCV.

Dopo 6 mesi : tutti i markers eseguiti al tempo zero con eventuali esclusioni sulla base delle caratteristiche del paziente fonte. In caso di positività ad un test immuno-enzimatico (EIA) è necessaria la conferma con test supplementari.

Gli operatori sanitari e i servizi potenzialmente coinvolti nella gestione di un evento accidentale a rischio infettivo- **anche se, come detto, normalmente la vittima dell'esposizione a rischio** (specie se si tratta di una puntura da ago o tagliente a possibile rischio infettivo), **si reca presso il Pronto Soccorso**, sono i seguenti:

- Pronto Soccorso;
- Direzione Sanitaria;
- Servizio Prevenzione e Protezione e Medico competente aziendale;
- Unità Operativa Malattie Infettive o Consulente specialista in Malattie infettive;
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- Medico di Medicina Generale;
- Pediatra di Libera Scelta

La Direzione Aziendale individua i Servizi di Riferimento per il coordinamento dei vari interventi. Tutti gli esami di cui sopra, se disposti dal punto di primo soccorso, sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, a **tal fine il medico apporrà sulla ricetta il codice di esenzione P01 (B01 per prestazioni a soggetti a rischio di infezione HIV).**

PROGRAMMA REGIONALE DI VACCINAZIONE ANTI-HPV

Con la delibere di Giunta Regionale **n. 236 del 25.2.2008 e n. 1702 del 19.11.2012** sono state definite le modalità con cui deve essere attivata la campagna di vaccinazione anti -hpv:

A) offerta gratuita del vaccino, con invito da parte dell'Azienda USL di residenza, a tutte le adolescenti nel dodicesimo anno di vita.

B) vaccinazione gratuita per le ragazze nate dall'1.1.1996 fino al compimento del 18° anno di età su richiesta dei genitori. Il diritto alla vaccinazione gratuita permane anche se l'adesione alla vaccinazione avviene negli anni successivi a quello in cui il diritto è maturato rimanendo comunque fermo il limite dei 18 anni per l'inizio del ciclo vaccinale. Per le ragazze nate prima dell'1.1.1996 è prevista la partecipazione totale alla spesa calcolata sulla base del prezzo di acquisto del vaccino (euro 65,50 incluso IVA e costo della prestazione).

C) facoltà di effettuare la vaccinazione con totale partecipazione alla spesa con le modalità sopra indicate per le donne fino al compimento **dei 45 anni di età e per i maschi fino al 26° anno di età**.,

D) facoltà di effettuare la vaccinazione gratuitamente per le persone a rischio aumentato **in quanto HIV positive**, su richiesta delle medesime, o di chi esercita la tutela in caso di minori con i seguenti limiti di età: **dai 9 ai 26 anni nei maschi e dai 9 ai 45 anni nelle femmine.**

CONTROLLO POST VACCINALE DEGLI ANTICORPI HBSAB ED EVENTUALI SUCCESSIVI INTERVENTI DI PROFILASSI

La **Delibera Regionale n° 2284** del 24 settembre 1996, stabilisce che **i nati da donna HbsAb** positiva, 3-9 mesi dopo il termine del ciclo di base (4 dosi), possono effettuare la ricerca degli anticorpi post vaccinali HbsAb in regime di esenzione dal ticket.

La richiesta andrà redatta su ricettario a lettura ottica del S.S.N apponendo il codice di esenzione P01.

CODICE ESENZIONE RER	DESCRIZIONE RER (DESCRIZIONE NAZIONALE)
P01	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – seconda parte) – Monitoraggio post-esposizione accidentale a rischi di infezione HBV ed HCV circolare regionale n. 19/2002 – Programma di sorveglianza della tubercolosi circolare regionale n. 11/1999
P02	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro- attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – ultima parte)
P03	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs.124/1998 – prima parte) profilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465 (condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare)
B01	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV (ex art. 1 comma 4 lett. B del D.Lgs 124/98 - prima parte)

Cittadini stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale

Ai cittadini stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale (STP) sono assicurati gli interventi di medicina preventiva, le vaccinazioni secondo la normativa vigente e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni, gli interventi di profilassi internazionale, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO

La legge finanziaria 1997 ha previsto che le prestazioni specialistiche finalizzate e connesse al ricovero ed eseguite dalla medesima struttura che ricovera, siano comprese nella tariffa del ricovero (DRG).

Queste prestazioni non rientrano nella specialistica ambulatoriale ma nell'assistenza ospedaliera e pertanto:

- sono esenti dal pagamento del ticket
- devono essere prescritte su carta intestata della struttura che effettuerà il ricovero (non devono essere trascritte dal Medico di famiglia sulla ricetta del SSN)
- i relativi referti vanno allegati alla cartella clinica;
- non sono da assoggettare a compensazione economica.

La circolare Regionale 9/99 sulla mobilità sanitaria prevede due fattispecie:

4. Prestazioni erogate al paziente nella medesima struttura che esegue il ricovero;
5. Prestazioni erogate al paziente in struttura diversa da quella in cui avverrà il ricovero .

Di seguito si elencano le possibili situazioni con le relative modalità di partecipazione alla spesa:

PRESTAZIONI CONNESSE AL PRE RICOVERO

RICOVERO EFFETTUATO IN OSPEDALE PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO DELLA NOSTRA PROVINCIA

a) Ricovero programmato presso struttura di questa Azienda e prestazioni pre-ricovero effettuate presso il Policlinico o privati accreditati

- La struttura di ricovero prescrive su modulo specifico
- La struttura che effettua la prestazione fattura le prestazioni a questa Azienda

b) Ricovero programmato presso il Policlinico o i privati accreditati e prestazioni pre-ricovero eseguite presso struttura di questa Azienda

- La struttura di ricovero prescrive su modulo specifico
- Le strutture di questa Azienda eseguono le prestazioni esonerando il paziente dal pagamento del ticket e rilevando le prestazioni con modalità che ne consentono l'addebito alla struttura di ricovero

RICOVERO EFFETTUATO IN OSPEDALE PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO DELLA R.E.R.

Di norma gli esami sono effettuati dalla struttura che poi effettuerà il ricovero.

Se queste prestazioni vengono richieste in strutture della nostra AUSL il cittadino sarà comunque esentato dal pagamento del ticket ma le prestazioni – riconoscibili in quanto richieste su carta intestata dell'ospedale che effettuerà il ricovero – saranno successivamente addebitate alla struttura che effettuerà il ricovero.

L'operatore CUP che effettua la prenotazione o nel caso di accesso diretto l'operatore che effettua l'accettazione, dovrà anzitutto accertare che le prestazioni siano richieste su carta intestata dell'Azienda sanitaria o Casa di Cura fuori provincia accreditata e che vi sia indicata la data presumibile di ricovero (condizione necessaria per l'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni richieste).

Le prestazioni sono da addebitare.

RICOVERI IN OSPEDALI PUBBLICI O PRIVATI ACCREDITATI DI ALTRA REGIONE.

Le prestazioni devono essere sempre erogate dalla struttura che poi effettuerà il ricovero. **Se l'utente li vuole effettuare presso l'AUSL di residenza** saranno trattate come normali prestazioni di specialistica ambulatoriale e pertanto **soggette a ticket**: queste prestazioni non entrano in mobilità.

RICOVERI DA EFFETTUARE IN OSPEDALI PRIVATI NON ACCREDITATI

Le prestazioni sono soggette a ticket.

PRESTAZIONI POST RICOVERO

Trattasi di prestazioni che rappresentano una continuità del ricovero e pertanto devono essere possibilmente prenotate direttamente dai medici dell'unità operativa che ha effettuato il ricovero. Se le prestazioni non sono prenotate direttamente dal Reparto la loro indicazione nella lettera di dimissioni al fine del completamento dell'iter diagnostico e terapeutico iniziato in degenza è da considerare come prescrizione. In alternativa le prestazioni possono anche essere prescritte su apposita modulistica a tal fine predisposta, recante l'intestazione della struttura che ha effettuato il ricovero.

- Per prestazione post-ricovero deve intendersi la prima visita e le prestazioni diagnostiche e terapeutiche post-dimissione erogate ambulatorialmente e finalizzate esclusivamente al completamento dell'iter diagnostico terapeutico iniziato in degenza.
- Il paziente non deve pagare nessun ticket
- Le prestazioni post-ricovero non devono essere prescritte sulla ricetta del SSN
- Anche i referti relativi alle prestazioni post-ricovero devono essere acquisiti agli atti della cartella clinica
(nota Direzione Sanitaria Prot. n. 152/2006)

N.B.: anche per i cittadini stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale (STP) possono verificarsi condizioni di PRE e POST-RICOVERO.

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA RILEVAZIONE E FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI PRE E POST RICOVERO EFFETTUATE DALLA NOSTRA AZIENDA USL SU RICHIESTA DI STRUTTURE PUBBLICHE O ACCREDITATE DELLA REGIONE E.R.:
(nota Presidio Osp. Prot. n. 16/0005 del 23.1.2007 e nota Prot. 238/P0037 dell'1.2.2007)

- La richiesta degli esami di pre e post ricovero deve essere fatta su carta intestata della struttura che effettuerà o ha effettuato il ricovero
- Le Unità operative erogatrici delle prestazioni devono tenere in separata evidenza tali richieste e trasmetterle all'ufficio addetto alla rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Gli uffici rilevazione delle prestazioni specialistiche, sia nel caso di prestazioni già caricate nei programmi gestionali dell'attività di specialistica o in SIO e trasferiti automaticamente in AURIGA, devono inserire la modalità 28 pre-post ricovero altra Azienda
Gli uffici devono trasmettere tutta la documentazione allo Scaa che emetterà la relativa nota di addebito alla struttura richiedente.

MEDICINA SPORTIVA

(DGR n. 775/2004, DGR n. 9/2005, DGR n. 948/2006, DGR n. 1418/2013)

ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

- ⇒ gratuità della certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per i soggetti di età inferiore ai 18 anni e per i soggetti disabili di ogni età. La certificazione è rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta oppure dalla Medicina dello Sport. Tale idoneità è certificata attraverso il “Libretto sanitario dello sportivo” ed è valevole un anno dalla data dell’ultima visita medica in esso riportata.
- ⇒ Al fine del rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica il legale rappresentante della Società sportiva o il dirigente scolastico sarà tenuto a rilasciare agli interessati, per la presentazione al medico, specifica richiesta (fac-simile allegato alla Delibera regionale n. 9/05).
- ⇒ La consulenza specialistica richiesta al Medico dello Sport da parte del medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta per la valutazione funzionale semplice per minorenni o disabili di ogni età è gestita con le procedure e la modulistica in uso attraverso la prenotazione CUP. Le relative prestazioni sono senza oneri a carico degli interessati anche per gli eventuali esami diagnostici aggiuntivi. Il codice da utilizzare per il riconoscimento dell'esenzione è I01
- ⇒ Per tutti gli altri soggetti gli accertamenti diagnostici finalizzati alla definizione dell’idoneità alla pratica sportiva non agonistica sono a totale carico dei richiedenti (es: certificati di idoneità alla pratica sportiva non agonistica rilasciati dai Medici di Medicina Generale, accertamenti specialistici per i quali si applicano le tariffe del Nomenclatore tariffario regionale).

Le modalità sopraindicate si applicano esclusivamente per le tipologie di attività fisica individuate dal D.M. 28.2.1983 che prevede che devono essere sottoposti a controllo sanitario:

- 1) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell’ambito delle attività parascolastiche;
- 2) coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società sportive affiliate alle federazioni sportive nazionali o agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I. e che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del D.M. 18.02.1982;
- 3) coloro che partecipano ai Giochi della Gioventù, nelle fasi precedenti quella nazionale.

Fermo restando che la certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica si rende necessaria per le suindicate tipologie di attività fisica, la Regione, con delibera di Giunta n. 9/2005 ha ulteriormente definito le caratteristiche ed i requisiti che l’attività sportiva non agonistica deve possedere al fine di consentire il rilascio gratuito della relativa certificazione di idoneità, in particolare ha precisato che:

- ⇒ **per quanto riguarda l’attività organizzata dal CONI, da società sportive affiliate alle federazioni sportive nazionali o agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I., occorre che l’attività sportiva, oltre a essere sistematica, continuativa e sviluppata secondo gli indirizzi sportivi della Federazione, Ente di appartenenza ecc., sia effettuata da bambini di età non inferiore a cinque anni per la generalità delle discipline sportive, con la sola eccezione del nuoto,**

ginnastica e pattinaggio per le quali l'età di accesso all'attività "sportiva" è fissata a quattro anni.

⇒ **per l'attività svolta in ambito scolastico è stato precisato che la certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica va richiesta esclusivamente per le attività sportive extra curricolari quali ad esempio le iniziative a carattere competitivo – giochi sportivi studenteschi, tornei sportivi scolastici –, e si è stabilito che tali attività extra curricolari a contenuto sportivo iniziano con la Scuola Elementare con l'esclusione, pertanto, delle attività motorie di tipo ludico-ricreativo organizzate dalla Scuola Materna in ambito curricolare.**

Con riferimento alla prestazione **“valutazione funzionale di base per attività sportiva non agonistica”** finalizzata alla certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica dei maggiorenni non disabili, si precisa che la tariffa di Euro 25 è riferita alle prestazioni erogate dai Servizi pubblici di Medicina dello Sport. In questo caso il soggetto maggiorenne è tenuto al pagamento della tariffa citata e gli ulteriori accertamenti diagnostici eventualmente necessari per la definizione dell'idoneità alla pratica sportiva non agonistica, così come avviene per la certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica, sono totalmente a suo carico con applicazione delle tariffe del nomenclatore tariffario regionale vigente.

(*) la tariffa della prestazione non si applica ai minori di anni 18 e disabili

€ 25,00	Valutazione funzionale di base per attività sportiva non agonistica (*) Comprensiva di visita medica e, se necessario, di elettrocardiogramma a riposo
---------	---

La DGR n. 948/06 ha approvato anche le tariffe relative a quelle prestazioni non ricomprese nei LEA , di cui al punto 2 della DGR n° 775/04: “Valutazione funzionale degli atleti agonisti di società dilettantistiche ed attività di consulenza diagnostica e terapeutica” nonché al punto 7 “Valutazione funzionale complessa dei praticanti attività sportive non agonistiche con indicazioni sull'allenamento o consulenze dietetiche o nutrizionali”.

Con la DGR N. 1418/2013 la Regione ha fornito le seguenti precisazioni in merito al D.M. 24.4.2013 che aveva introdotto l'obbligo, poi soppresso con la Legge n. 98/2013, di certificazione per l'attività ludico-amatoriale e dell'ECG a riposo per la certificazione di attività non agonistica:

- per l'attività ludico-amatoriale non è richiesta alcuna certificazione preventiva di idoneità e sono confermate le indicazioni della DGR n. 9/2005 che ha definito il concetto di attività sportiva non agonistica ai fini del rilascio del relativo certificato di idoneità.
- per la attività sportiva non agonistica è confermata la non obbligatorietà dell'ECG a riposo. L'eventuale richiesta è demandata alla valutazione clinica del medico o del pediatra che effettua la visita.

ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

- ⇒ Gratuità della certificazione all'attività sportiva agonistica di cui al DM 18/2/1982 per i minori di anni 18 e i disabili di ogni età tesserati nelle società dilettantistiche (certificazione già ricompresa nei LEA dal DPCM 28.11.2003). La gratuità deve intendersi estesa anche agli ulteriori esami o accertamenti specialistici richiesti a supporto e completamento della valutazione dell'idoneità sportiva agonistica. La richiesta di visita per attività sportiva agonistica e le eventuali prestazioni aggiuntive necessarie per la certificazione di idoneità sono compilate su apposita modulistica dei centri di medicina sportiva. Il codice da utilizzare per il riconoscimento dell'esenzione è I01.
- ⇒ Per tutti gli altri soggetti l'attività certificativa effettuata dalle strutture pubbliche di Medicina dello Sport è assoggettata alle tariffe del nomenclatore tariffario regionale vigente.

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, le tariffe applicabili alle prestazioni effettuate dai servizi pubblici di Medicina dello sport, a favore dei soggetti maggiorenni e non disabili, approvate con la delibera di GR n. 775/2004:

Gli ulteriori esami o accertamenti specialistici richiesti ai sensi del DM 18/2/82 (Tab. A e B) **per l'idoneità alla pratica di alcuni sport o** autonomamente richiesti dal medico dello sport o dalla Commissione medica regionale d'appello **al fine di valutare l'effettiva idoneità fisica del soggetto all'attività agonistica sono a carico dei soggetti maggiorenni** a meno che – sulla base del sospetto diagnostico del Medico di Medicina dello Sport – le prestazioni vengano prescritte con specifico quesito diagnostico (non per idoneità all'attività sportiva agonistica) dal Medico di Medicina Generale. In questo ultimo caso le stesse rientrano nell'assistenza sanitaria a carico del SSN e pertanto soggette alla normativa ticket.

Con DGR n. 948/06 si è disposto che, fermo restando quanto previsto dal D.M. succitato, la prescrizione di eventuali accertamenti finalizzati ad approfondire un sospetto clinico emerso nel corso della visita per l'idoneità sportiva, possa anche essere effettuata, in ambito del SSN, direttamente dal medico dello sport operante presso servizi pubblici sulla base di accordi locali intercorsi con i MMG ed i PDL al fine di semplificare i percorsi diagnostici assistenziali.

La prescrizione, in regime di SSN, da parte del Medico di Medicina dello Sport, può riguardare esclusivamente accertamenti aggiuntivi finalizzati a risolvere un sospetto clinico emerso nel corso della visita sportiva e quindi non a supporto della valutazione dell'idoneità all'attività sportiva agonistica.

Con preintesa del 28.11.2006 si è concordato con i MMG ed PLS di attivare il percorso semplificato di prescrizione diretta, in regime di SSN, da parte del medico dello sport delle

eventuali indagini o accertamenti specialistici finalizzati ad approfondire un sospetto clinico emerso nel corso della visita per l' idoneità sportiva agonistica.

PRONTO SOCCORSO

Le condizioni di esenzione dal ticket per le prestazioni erogate in regime di Pronto soccorso sono state definite dalla Regione Emilia-Romagna con le Delibere di Giunta Regionale n. 1035/2009 e n. 389/2011.

I codici colore (bianco, rosso, verde e giallo) definiscono la priorità di accesso alla visita di pronto soccorso e non rappresentano un criterio per determinare l'esenzione o meno dal ticket.

A decorrere dal 1° **Maggio 2011** sono esenti dal pagamento del ticket di Pronto Soccorso le seguenti prestazioni

- prestazioni erogate nell'ambito dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva) per situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle 6 e non superiore alle 24 ore;
- prestazioni seguite da ricovero;
- prime prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso entro 24 ore dall'evento;
- prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casi in cui si dia contestualmente corso ad un intervento terapeutico;
- prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti;
- prestazioni erogate ai soggetti di età inferiore a 14 anni;
- prestazioni riferite a infortuni sul lavoro;
- Colica Renale
- Crisi di Asma
- Dolore Toracico
- Tachiaritmie sopraventricolari (Fibrillazione atriale parossistica, tachicardia parossistica sopraventricolare);
- Glaucoma acuto
- Corpo estraneo oculare
- Epistassi in atto
- Corpo estraneo dell'orecchio
- Complicanze di intervento chirurgico che determinano il ricorso al PS entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera;
- Problemi e sintomi correlati alla gravidanza;
- prestazioni richieste dai medici e pediatri di famiglia, da medici di continuità assistenziale (guardia medica) o da medici di altro pronto soccorso;
- prestazioni riferite a soggetti esenti per patologia e/o reddito e altre condizioni previste dalla normativa vigente;

- prestazioni riferite alle persone straniere temporaneamente presenti (STP) se indigenti ed ai sensi della normativa vigente. La normativa vigente - circolare Ministero della Salute n. 5/2000 - stabilisce che il cittadino straniero irregolarmente presente sul territorio nazionale titolare di una tessera STP ha diritto, **se indigente**, all'esenzione dal ticket nelle stesse situazioni del cittadino italiano pertanto il cittadino STP indigente che non rientra in alcuna delle situazioni suindicate è tenuto al pagamento del ticket di pronto soccorso.

Sulla base di quanto previsto dalla Legge Finanziaria per il 2007 (n.296/2006) per gli accessi di pronto soccorso da parte dei cittadini non rientranti nelle condizioni di esenzione suindicate è previsto il pagamento di **una quota fissa di euro 25**.

Per eventuali altre visite e prestazioni erogate successivamente all'accesso di pronto soccorso si applicano le modalità di calcolo del ticket previste per l'assistenza specialistica ambulatoriale: per le visite specialistiche il ticket è di euro 23, mentre per ogni altra prestazione diagnostica (radiografie, ecografie ecc.) si applicano le tariffe di cui al Nomenclatore regionale fino al tetto di euro 36,15 per ogni 8 prestazioni appartenenti alla stessa branca specialistica.

PRESTAZIONI IN CONTINUITÀ DIAGNOSTICO/TERAPEUTICA

Non ci si riferisce alla visita di completamento diagnostico ma alle prestazioni aggiuntive necessarie per rispondere al quesito diagnostico del medico che ha inviato l'utente allo specialista (richiesta di visita specialistica con quesito diagnostico) : analisi cliniche, rx ,ecc.....

Tutte le prestazioni richieste in continuità diagnostico/terapeutica, se non esenti ad altro titolo sono soggette a ticket.

CONTINUITÀ TERAPEUTICA

Rientrano in un "piano terapeutico" e pertanto prescrivibili fino a 8 sulla stessa ricetta, le prestazioni terapeutiche (non diagnostiche) – della stessa branca, anche se di uno stesso tipo (es. 3 infiltrazioni).

COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO

La visita di completamente diagnostico (codice nomenclatore aziendale 035) è stata prevista nel Nomenclatore Aziendale per non sottoporre a ticket o a nuovo ticket la terminazione di una prestazione o non effettuata o non completata nell'accesso ambulatoriale precedente (esempio: lo specialista si è limitato a chiedere gli esami indispensabili all'effettuazione della visita oppure a visionare i referti degli esami effettuati dall'assistito).

L'utilizzo del codice di completamento diagnostico deve pertanto essere limitato ai casi indicati di prestazioni effettivamente non rese o non completate e non possono essere ricondotte al codice 035 le prestazioni relative a visite di controllo o ad altre prestazioni aggiuntive le quali devono essere assoggettate ai ticket previsti dal Nomenclatore regionale vigente.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Indicazioni clinico-organizzative e amministrative

Programma regionale per l'assistenza odontoiatrica
(Delibere di Giunta Regionale n. 2678/2004 - n. 374/2008 - Documento Azienda USL Modena -Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena – Documenti condivisi nel Gruppo AVEN dell'Odontoiatria – anni 2012 e 2013).

L'accesso al programma di assistenza odontoiatrica è garantito ai cittadini iscritti al Ssn residenti o assistiti* in Regione Emilia Romagna che si trovano in una delle seguenti condizioni:

- A) **CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SOCIALE**
- B) **CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SANITARIA**
- C) **CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SOCIO-SANITARIA**

A) CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SOCIALE: tale condizione è definita sulla base dell'**ISEE** (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) articolato per fasce di reddito. L'entità del ticket dovuto dal cittadino è modulato in base a cinque fasce di reddito ISEE entro il limite di **22.500 euro** di reddito Isee.

FASCIA DI REDDITO ISEE	Ticket
ISEE1 reddito 8.000 €	esente
ISEE2 >8.000 € e 12.500 €	fino a 40€ a prestazione
ISEE3 >12.500 € e 15.000 €	fino a 60€ a prestazione
ISEE4 >15.000 € e 20.000 €	fino a 80€ a prestazione
ISEE5 >20.000 € e 22.500 €	tariffa intera della prestazione

B) CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SANITARIA: rientrano in questa condizione gli assistiti affetti da una delle seguenti patologie:

1. displasia ectodermica,
2. cardiopatia congenita cianogena,
3. pazienti in attesa di trapianto o post-trapianto,
4. anoressia e bulimia,
5. iposomia (fino a 18 anni),
6. gravi patologie congenite
7. epilessia con neuroencefalopatia,
8. sindrome di Down,
9. diabete giovanile (fino a 18 anni),
10. emofilia
11. patologie oncematologiche pediatriche (fino a 18 anni)
12. handicap psicofisico
13. tossicodipendenza (pazienti in carico ai SerT o in comunità terapeutica),
14. pazienti HIV positivi (AIDS conclamato), pazienti HIV positivi nati da madre HIV positiva
15. pazienti in trattamento pre o post radioterapico a livello del capo
16. psicosi con gravi disturbi del comportamento
17. pazienti in trattamento endovenoso con zoledronato e pamidronato nell'ambito dei protocolli terapeutici per la chemioterapia di patologie neoplastiche.

Si ricorda inoltre che per ognuna delle patologie descritte viene definita con puntualità la tipologia di trattamento odontoiatrico erogabile (circolare RER 13/2005).

C) CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ SOCIO – SANITARIA:

Tale condizione è riconosciuta agli assistiti che presentano **tutti** i seguenti requisiti:

- certificazione attestante una delle condizioni patologiche individuate nell'allegato 2 della DGR n. 374/2008;
- patologia insorta prima del 65° anno di età;

- verbale di invalidità civile con riconoscimento di invalidità superiore ai 2/3 o maggiore/uguale al 67% oppure verbale che attesta il riconoscimento della condizione di handicap in situazione di gravità (Legge 104/92, art. 3 comma 3).

Ai pazienti che rientrano in questa categoria di esenzione è rilasciato dall'Azienda USL un attestato di vulnerabilità socio-sanitaria, previa valutazione della Commissione Medico-Legale.

***CITTADINI RESIDENTI IN AMBITO REGIONALE E EXTRA REGIONALE E GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA**

Cittadini residenti presso altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna: hanno diritto alle prestazioni di conservativa, protesica e ortodonzia (la compensazione economica avviene attraverso la mobilità). Per quanto riguarda la spesa dei manufatti protesici se il cittadino appartiene alla fascia ISEE 1, dovrà essere preventivamente acquisita, da parte della sede aziendale di erogazione, l'autorizzazione dell'AUSL di provenienza, che formalizzerà l'intenzione di farsi carico del costo del manufatto; il trattamento inizierà solo in seguito alla acquisizione di tale documentazione.

Cittadini residenti in altra Regione (cioè fuori Regione Emilia-Romagna) ma domiciliati con scelta del medico presso l'AUSL che eroga le prestazioni: hanno diritto alla visita specialistica, al trattamento odontoiatrico delle urgenze e alle prestazioni garantite alla generalità dei cittadini di cui alla Tab. A2 (livelli essenziali) DGR 2678/04.

Relativamente all'erogazione di quelle prestazioni aggiuntive del nomenclatore regionale che non rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, la sede aziendale di erogazione dovrà preventivamente acquisire l'autorizzazione dall'AUSL di residenza, che dovrà formalizzare l'intenzione di farsi carico di tali costi. Il trattamento potrà avere inizio solo a seguito dell'acquisizione di tale autorizzazione; i criteri per accedere al Programma di assistenza sono quelli in vigore presso la Regione Emilia-Romagna.

Cittadini residenti fuori Regione Emilia-Romagna, senza scelta del medico: vengono erogati solo la visita specialistica, il trattamento odontoiatrico delle urgenze e le prestazioni garantite alla generalità dei cittadini di cui alla Tab. A2 (Livelli Essenziali di Assistenza) DGR 2678/04.

Procedure per l'accesso:

Mentre **la visita odontoiatrica** e le prestazioni indicate nella della **Tab. A.2 allegata alla DGR n. 2678/04** sono assicurate alla totalità della popolazione indipendentemente da condizioni di patologia/invalidità o di reddito e sono assoggettate al ticket previsto secondo la normativa della specialistica ambulatoriale, le eventuali terapie successive alla visita potranno essere effettuate solo da coloro che si trovano in una delle condizioni di **vulnerabilità sociale, sanitaria, o socio sanitaria sopra riportate**.

Il paziente prenota tramite CUP la prima visita odontoiatrica e riceve, in allegato al modulo di prenotazione, un foglio informativo che sintetizza i requisiti di accesso alle cure odontoiatriche e in cui si invita il paziente a presentarsi alla prima visita munito della documentazione sanitaria o amministrativa (ISEE) necessaria per certificare una eventuale condizione di vulnerabilità.

Per molte condizioni di vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria esistono percorsi agevolati di accesso agli ambulatori.

Effettuata la prima visita e l'anamnesi del paziente, lo specialista verifica l'esistenza di:

a) una condizione di vulnerabilità sanitaria o socio-sanitaria, esaminando la documentazione in possesso del paziente

oppure

b) di un reddito ISEE fino a max 22.500 €/anno. **La certificazione Isee ha validità annuale dalla data del rilascio** e fa riferimento alla situazione reddituale e patrimoniale al 31/12 dell'anno precedente. Per l'attestazione del reddito ISEE i cittadini possono rivolgersi ai centri di assistenza fiscale (CAF) che rilasciano gratuitamente il certificato.

Nel caso (a) lo specialista imposta il piano terapeutico, compila la ricetta rossa relativa al piano terapeutico e prende di norma in carico in autogestione il paziente assegnandogli direttamente il primo appuntamento per iniziare la terapia. Lo specialista registra le informazioni relative alla corretta

identificazione della condizione di vulnerabilità sanitaria con la sigla “VS” con relativo codice di attribuzione numerato da 01 a 017, oltre al codice di patologia/invalidità/malattia rara per i casi di attribuzione non univoca al fine di consentire il riconoscimento di esenzione dal ticket.

Nel caso in cui il paziente non sia in possesso di una certificazione di vulnerabilità socio-sanitaria e il medico non abbia tutti gli elementi necessari alla valutazione e attestazione, rilascia al paziente il modulo di richiesta dell’attestazione di condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e lo invita a compilarlo e a recarsi presso le Segreterie degli uffici disabilità dell’Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Gestione del Rischio dove avverrà la valutazione e l’eventuale rilascio del certificato.

Nel caso **(b)**, lo specialista, dopo aver acquisito copia della certificazione ISEE che deve essere inserita nella cartella del paziente, provvede ad impostare il piano terapeutico, a compilare la ricetta riportando il codice corrispondente alla fascia ISEE del paziente:

I01 = ISEE Odontofascia1

I02 = ISEE Odontofascia2

I03 = ISEE Odontofascia3

I04 = ISEE Odontofascia4

I05 = ISEE Odontofascia5

Si precisa che il piano terapeutico rappresenta il contratto tra l’azienda (attraverso lo specialista) e l’assistito: deve pertanto dettagliare gli interventi necessari, i risultati attesi, i rischi correlati, i tempi di conclusione ed infine i costi. La ricetta rossa costituisce lo strumento giuridico idoneo per la formalizzazione del piano terapeutico, oltre a essere il riferimento unico, nel flusso dati per il Ministero dell’Economia e delle Finanze, per il riconoscimento delle prestazioni eseguite.

All’atto della prenotazione l’operatore del CUP verifica la presenza sulla ricetta della classe di reddito Isee del cittadino indicata dall’odontoiatria, procedendo alla prenotazione secondo uno dei cinque contratti previsti nel programma CUP corrispondenti alle cinque fasce di reddito.

La classe di compartecipazione alla spesa da parte del paziente risulta pertanto in automatico sul modulo di prenotazione.

Qualora sulla ricetta non sia riportata la classe di reddito ISEE del cittadino, l’operatore CUP richiede al cittadino il certificato ISEE per procedere alla prenotazione.

La certificazione ISEE è utilmente valida per l’intera durata del piano terapeutico, per cui si mantiene in carico il paziente sulla base della certificazione ISEE presentata al momento della stesura del piano stesso.

Fanno parte integrante dello specifico piano terapeutico i manufatti protesici, posti interamente a carico dell’assistito in quanto non previsti nei LEA, fatta eccezione per gli appartenenti alla fascia ISEE1 (circolare regionale n. 2/2008).

Cure di conservativa:

Sono presi in carico i pazienti in condizione di vulnerabilità sociale, sanitaria o socio-sanitaria. L’accesso al percorso di conservativa ha le stesse caratteristiche di quanto descritto sopra.

- Il piano terapeutico in conservativa prevede tutte quelle prestazioni contemplate dal nomenclatore regionale nei campi di conservativa, endodonzia, igiene orale, parodontologia, chirurgia orale (tabella A1 della DGR n. 2678/2004)
- Per l’erogazione di un piano terapeutico di conservativa, si è individuato un numero massimo di 4 appuntamenti su unica ricetta rossa. Si precisa che nel singolo appuntamento, previo consenso del paziente, dove possibile, è preferibile erogare più prestazioni.
- L’erogazione delle prestazioni deve avvenire solo dopo pagamento del ticket, anche in fascia di attività autogestita (riferimenti normativi: art. 1, comma 4 del decreto legge del 25/11/1989 convertito in legge n. 8/’90; art. 1, comma 1 del decreto legislativo n. 124/’98).

Cure ortodontiche

Le indicazioni per l’accesso alle cure ortodontiche sono:

- la vulnerabilità sociale, sanitaria o sociosanitaria, come previsto per l’accesso al Programma di Assistenza Odontoiatrica;
- la selezione secondo lo I.O.T.N. 4° e 5°, come indice di appropriatezza per la presa in carico;

- l'età, intendendo come limite per la presa in carico il compimento del 14° anno di vita (fa fede la data in cui viene effettuata la prenotazione del 1° appuntamento per prestazioni di odontoiatria, non necessariamente di ortodonzia, ma incluse nel Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica).

La valutazione ortodontica per diagnosi, nell'ambito della visita odontoiatrica, è garantita in tutte le fasce di età. L'accesso al percorso di ortodonzia ha le stesse caratteristiche di quanto descritto sopra.

I pazienti che effettuano la visita per ortodonzia e iniziano il trattamento ortodontico devono corrispondere:

- 1) il ticket sanitario da pagare, se dovuto, una volta all'anno;
- 2) le spese dei manufatti ortodontici, con una rateizzazione in tre quote quadrimestrali.

Il ticket annuale per la prestazione è calcolato secondo le cinque fasce di reddito Isee (Euro 0-40-60-80- 139) e il costo del manufatto, da corrispondere ratealmente in tre quote quadrimestrali, andrà da un minimo di 433,80 a un massimo di 576 Euro.

Il trattamento ortodontico ha una "durata media biennale" (la durata minima è di 1 anno, quella massima di 4 anni) sulla base del piano terapeutico con valenza annuale.

La variazione della condizione di vulnerabilità sociale (scadenza ISEE) ha effetto al momento della rivalutazione annuale del piano terapeutico. L'entità della partecipazione alla spesa sanitaria (unico ticket annuo) dovrà essere ridefinita facendo riferimento alle condizioni soggettive presenti all'avvio del nuovo piano terapeutico.

Se viene superato il limite di reddito stabilito per la vulnerabilità sociale, il trattamento ortodontico sarà mantenuto fino alla conclusione, ma il paziente è tenuto al pagamento per intero della prestazione sanitaria del nuovo piano. Il manufatto è a carico dell'assistito per tutte le condizioni di vulnerabilità. L'avvio della terapia deve avvenire solo dopo il pagamento della prima rata del manufatto e del ticket se dovuto.

Cure protesiche:

Hanno diritto alla riabilitazione protesica fissa o mobile (a giudizio dello specialista) i pazienti in condizione di vulnerabilità sociale, sanitaria o socio-sanitaria

L'accesso al percorso di cure protesiche ha le stesse caratteristiche di quanto descritto sopra.

Per i cittadini in condizioni di vulnerabilità sociale il ticket da pagare, se dovuto, per le singole prestazioni odonto-protesiche è calcolato secondo le fasce di reddito Isee - Euro 0-40-60-80-o tariffa intera del Nomenclatore (Isee5).

Il pagamento del manufatto protesico è corrisposto in due rate: la prima all'inizio del ciclo di terapia dopo presentazione del preventivo di spesa, la seconda, a saldo, prima della consegna del manufatto.

Le persone con reddito ISEE fino a **8000** euro rientrano nel progetto "Progetto speciale sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolta alla popolazione anziana e per la popolazione in condizioni di povertà" che prevede, oltre all'esenzione dal ticket per il trattamento sanitario, anche la copertura delle spese relative alle protesi fisse e mobili.

Urgenze odontoiatriche:

Sono garantite alla generalità dei cittadini anche se non destinatari del programma regionale. Le urgenze odontoiatriche sono assicurate anche ai cittadini stranieri irregolarmente presenti in Italia con tesserino STP limitatamente alle urgenze infettive e/o algiche per le quali si ritenga necessario effettuare la medicazione del dente o dare corso a terapia farmacologica. Si precisa che per i cittadini con STP, qualora contestualmente alla visita odontoiatrica urgente sia necessario dare corso a prestazioni odontoiatriche, queste sono soggette al pagamento della tariffa intera prevista dal nomenclatore, al pari dei cittadini non destinatari del Programma.

L'urgenza odontoiatrica è erogata dai poliambulatori distrettuali dell'Azienda USL e dagli ambulatori di odontoiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ai quali si accede in seguito a prenotazione CUP di una visita odontoiatrica urgente. È necessaria la ricetta SSN del medico curante o del medico di continuità assistenziale o del medico CUP.

Il trattamento dell'urgenza si ritiene concluso solo al completamento dell'eventuale prestazione iniziata contestualmente alla visita urgente (es. completamento della terapia canale sull'elemento dentale aperto). Si ritiene di applicare questo protocollo anche ai pazienti non destinatari del Programma, ma dietro corresponsione della tariffa intera prevista dal Nomenclatore. Nella pratica, tutti i pazienti che

prenotano una visita odontoiatrica urgente ricevono uno stampato in cui sono sintetizzate le condizioni di accesso alle cure odontoiatriche e sono invitati a presentarsi in ambulatorio con la documentazione necessaria ad attestare una eventuale condizione di vulnerabilità; lo stesso stampato riporta, a titolo di esempio, anche l'importo della eventuale terapia canalare che il paziente deve corrispondere per intero se non appartiene alla popolazione destinataria del Programma. Lo specialista, completato il trattamento ritenuto necessario, verifica l'eventuale possesso da parte del paziente dei requisiti previsti e ha cura di contrassegnare il referto, per indicare l'importo che deve essere corrisposto dal paziente, con una delle sigle seguenti:

- VS (vulnerabilità sanitaria) e codice di esenzione; l'importo che deve essere corrisposto dal paziente è pari a euro 0;
- fasce di reddito ISEE IO1-IO2-IO3-IO4-IO5; l'importo che deve essere corrisposto dal paziente è pari rispettivamente a euro 0-40-60-80-tariffa intera della prestazione secondo quanto previsto dal Nomenclatore;
- “non destinatari del Programma” con pagamento della tariffa intera prevista dal Nomenclatore.

Le condizioni cliniche definite a carattere di urgenza odontoiatriche sono:

- infettivo-algica (pulpite e necrosi dentale),
- ascesso o flemmone,
- piccola traumatologia dentale.

Le prestazioni che possono venire erogate in correlazione ad un accesso urgente sono le seguenti:

1. OD00062 (cod. RER 23.71.1): terapia canalare in dente monoradicolato;
2. OD00063 (cod. RER 23.71.2): terapia canalare in dente pluriradicolato;
3. OD00010 (cod. RER 23.09): estrazione di dente permanente;
4. OD00021 (cod. RER 23.20.1): ricostruzione di dente mediante otturazione (max 2 superfici);
5. OD00022 (cod. RER 23.20.2): ricostruzione di dente mediante otturazione (3 o più superfici);
6. OD00076 (cod. RER 27.51): sutura di lacerazione del labbro;
7. OD00077 (cod. RER 27.52): sutura di lacerazione di altra parte della bocca.

(Nota: Le ultime quattro prestazioni (OD00021, 00022, 00076 e 00077) si intendono riferite a urgenze di natura traumatologica; la prestazione OD00010 (cod. RER 23.09) a urgenze di tipo traumatologico o ascesso/flemmone).

Per le visite odontoiatriche urgenti prenotate a CUP tutti i pazienti (se non esenti ai sensi della normativa nazionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale in materia di compartecipazione alla spesa) devono corrispondere un ticket di 23 €.

Per i soggetti destinatari del Programma regionale le eventuali prestazioni odontoiatriche aggiuntive sono soggette al pagamento del ticket secondo quanto definito dal Programma Regionale stesso.

Per i soggetti “non destinatari del Programma”, per le eventuali prestazioni aggiuntive iniziate contestualmente alla visita, vengono codificate, qualora eseguite, tutte le prestazioni riportate sopra. Per le prestazioni OD00010-OD00062-OD00063-OD00021-OD00022 i pazienti “non destinatari del Programma” devono corrispondere la tariffa intera prevista dal Nomenclatore Tariffario; queste prestazioni aggiuntive non necessitano di ricetta rossa e dovranno essere codificati:

- il campo regime di erogazione con “03” (pagante in proprio)
- il campo modalità di accesso con “03” (urgente) o “04” (urgente differibile)

Per le prestazioni OD00076 e OD00077 i soggetti “non destinatari del Programma” devono corrispondere il tetto di 36,15 € per ricetta più la quota sulla ricetta (secondo le nuove indicazioni della DGR 1190/2011), salvo esenzioni ai sensi della normativa nazionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale in materia di compartecipazione alla spesa.

Pronto Soccorso:

Tutte le prestazioni erogate nell'ambito dell'accesso di PS devono essere gestite secondo le regole di compartecipazione alla spesa proprie del Pronto Soccorso (valutazione del codice di priorità, ecc.) e restano invariate le attuali modalità di erogazione.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA ALLA POPOLAZIONE DETENUTA ALL'INTERNO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (DGR 2/2010 della Regione Emilia-Romagna)

La visita odontoiatrica, le prestazioni garantite alla generalità dei cittadini della Tab. A2 DGR 2678/04 e le urgenze odontoiatriche sono garantite a tutti, compresi i detenuti stranieri irregolarmente presenti. Per tali prestazioni, i detenuti in struttura sono esenti dal pagamento del ticket (codice esenzione F01); sono invece tenuti al pagamento del ticket i detenuti in regime di arresti domiciliari, fatte salve le eventuali condizioni di esenzione previste dalla normativa vigente in materia di specialistica ambulatoriale.

Si precisa che, per i detenuti in struttura, il trattamento dell'urgenza odontoiatrica può essere portato a completamento, in regime di esenzione dal pagamento, solo per l'elemento dentale oggetto della prestazione iniziale (es. terapia canalare + ricostruzione dell'elemento dentale aperto).

I detenuti hanno diritto ad accedere al Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica se riconducibili a una delle condizioni di vulnerabilità sanitaria. Si precisa che:

- fino all'emanazione della sentenza definitiva per il detenuto, l'onere delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale va addebitato alla Azienda USL nel cui ambito territoriale è ricompreso il comune ove il detenuto aveva la residenza al momento della carcerazione; in tali casi si applicano i principi della mobilità sanitaria;
- una volta passata in giudicato la sentenza, l'onere predetto va addebitato alla Azienda USL nel cui ambito territoriale si trova il carcere.

Anche per la fornitura protesica, i detenuti hanno diritto ad accedere al Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica se riconducibili a una delle condizioni di vulnerabilità sanitaria e se presentano le seguenti condizioni:

- o indicatori di insufficienza masticatoria grave e di insufficienza estetica funzionale;
- o valutazione di permanenza nella carceri come di seguito specificato (DGR 2/2010):
 - internati che, al momento della richiesta, debbano essere sottoposti ad una misura di sicurezza non inferiore ad un anno;
 - condannati che, al momento della richiesta, debbano scontare una pena residua non inferiore a due anni;
 - detenuti in attesa di giudizio definitivo quando, per i reati contestati, la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione superiore nel massimo a 6 anni, sempre che la fornitura protesica si renda strettamente indispensabile e indifferibile. Per questa categoria di utenti valgono i principi della mobilità sanitaria.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI MINORI ACCOLTI A SCOPO ADOTTIVO E IN AFFIDAMENTO

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali in odontoiatria a favore dei minori appartenenti a queste categorie dovranno indicare nell'apposito spazio della ricetta i nuovi codici regionali di esenzione (P98 o P99) risultanti sulla tessera sanitaria che l'assistito dovrà necessariamente presentare in ambulatorio. Per tali prestazioni si intendono la visita odontoiatrica, le prestazioni garantite alla generalità dei cittadini della Tab. A2 DGR 2678/04 e le urgenze odontoiatriche.

Si ritiene garantito l'accesso al Programma regionale di assistenza odontoiatrica secondo le regole della vulnerabilità sociale, socio-sanitaria o sanitaria. Per quanto riguarda la vulnerabilità sociale, fa fede la certificazione ISEE.

I minori in comunità, nel caso in cui non venga rilasciata la certificazione ISEE dagli uffici preposti, verranno considerati ISEE 1.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA A CITTADINI CON STP E A PROFUGHI IN FASE DI EMERGENZA POLITICA (PSU = PERMESSO SOGGIORNO UMANITARIO)

Le Aziende USL sono tenute ad assicurare ai cittadini profughi in fase di emergenza politica le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e indifferibili. Per quanto riguarda l'assistenza odontoiatrica valgono le stesse regole previste per i cittadini stranieri irregolarmente presenti (STP); sono pertanto

garantite le urgenze odontoiatriche, limitatamente alle urgenze infettive e/o algiche per le quali si ritenga necessario effettuare la medicazione del dente o dare corso a terapia farmacologica.

**ASSISTENZA ODONTOIATRICA A CITTADINI STRANIERI CHE HANNO PRESENTATO
RICHIESTA DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER ASILO POLITICO/PROTEZIONE
INTERNAZIONALE**

Sono esenti ticket la visita odontoiatrica, le prestazioni garantite alla generalità dei cittadini della Tab. A2 DGR 2678/04 e le urgenze odontoiatriche. Per far valere il diritto all'esenzione il cittadino dovrà necessariamente esibire copia della ricevuta/permesso di soggiorno.

Si ritiene garantito l'accesso al Programma regionale di assistenza odontoiatrica secondo le regole della vulnerabilità sociale, socio-sanitaria o sanitaria.

NOMENCLATORE NAZIONALE E REGIONALE

Partendo dal Nomenclatore nazionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22.7.1996) la Regione Emilia Romagna ha implementato con successivi provvedimenti gli elenchi delle prestazioni erogabili nell'ambito del SSR.

Sul sito Saluter della Regione E.Romagna è possibile consultare l'ultimo Nomenclatore regionale e i singoli provvedimenti regionali di aggiornamento.

http://www.saluter.it/documentazione/nomenclatore-tariffario-rer/nomenclatore_tariffario_rer

CHIARIMENTI PER L'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE DEL NOMENCLATORE REGIONALE .

Le **parentesi tonde** “()” includono termini descrittivi delle prestazioni mentre le **parentesi quadre** “[]” includono sinonimi o termini esplicativi della prestazione e pertanto:

sia i termini descrittivi che i sinonimi (salvo che non sia espressamente previsto) non possono comportare la fatturazione di più tariffe.

Per quanto riguarda le parentesi quadre [...] la limitazione di cui sopra non è valida per alcune prestazioni, generalmente esami di laboratorio, in cui l'esame può essere effettuato su diversi materiali ; in questo caso il codice della prestazione può essere ripetuto se vengono effettuati più dosaggi: ad esempio il codice 90.36.3 “ piombo [S/U] indica la possibilità di effettuare la determinazione sia della piombemia che della piomburia. Nel caso che entrambe le determinazioni vengano effettuate nel corso della stessa seduta il codice deve essere ripetuto (RER Quaderni economia 2).

Le **virgole “,”** contenute nelle descrizioni delle prestazioni identificate dai codici ,da 87.03 a 88.99.5, qualora non siano incluse tra **parentesi quadre** “[...]” (**Nota Ministeriale n. 100/ SCPS/21 . 4075 dell'1/4/1997**, sono finalizzate a distinguere i diversi distretti sui quali può essere eseguita la procedura in questione(che risulta identificata da un unico codice e alla quale corrisponde, pertanto, un'unica tariffa):

per ogni segmento prescritto dovrà pertanto essere corrisposto un ticket nel limite ovviamente del tetto massimo di spesa per ricetta.

Le prestazioni recanti la dizione “**NAS**” (**Non Altrimenti Specificato**) vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente nel nomenclatore e non può mai essere addebitata in aggiunta a tariffe relative a prestazioni di analogo contenuto.

Prestazioni parte integrante della visita

Le prestazioni presenti nel tariffario con la dicitura “escluso quando eseguite come parte integrante di una visita specialistica” [...] vanno considerate anche dal punto di vista finanziario quale parte integrante della visita specialistica e devono quindi essere tariffate solo qualora non venga eseguita la visita specialistica (RERQuaderni economia 2).

Legenda dei contrassegni in “nota” introdotti dalla Regione E.R. (DGR 1108 del 27.7.2011)

I	indica le prestazioni erogabili, ad integrazione di quelle individuate con il D.M. 22.7.1996
Rr	indica le ulteriori prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti
**	indica le prestazioni la cui derogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida definite a livello regionale
as	Evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.7.1996
as 1	Evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.7.1996 per prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo di ulteriori procedure che debbono essere codificate in aggiunta
m	Evidenzia le diverse tipologie di visita specialistica, con tariffa rideterminata
m 1	Evidenzia le altre tipologie di prestazioni specialistiche, con tariffa rideterminata

VISITE SPECIALISTICHE

Visite specialistiche.

Il ticket per le visite specialistiche aumenta di **5 euro** indipendentemente dalle fascia di reddito:

- **23 euro** per la prima visita
- **18 euro** per la visita di controllo.

La quota fissa non si applica alle visite specialistiche. Se la ricetta contiene altre prestazioni specialistiche oltre alla visita, quest'ultima non è conteggiata ai fini dell'applicazione della quota fissa..

Con la delibera di **Giunta Regionale n. 1108 del 27.7.2011 del 24.02.2003** sono stati individuati, per esigenze di appropriatezza prescrittiva codici di visita specialistica specifici per ciascuna branca. Per le visite di controllo individuate con i codici specifici è prevista l'esenzione dal ticket per gli affetti da malattie croniche ed invalidanti di cui al D.M. n. 329/99.

Nella branca "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica" sono indicate prestazioni che sono presenti anche in altre branche: da ciò deriva che l'eventuale prescrizione sulla ricetta del SSN di una visita specialistica della medesima branca di queste prestazioni è da considerarsi corretta e comporta l'addebito di una sola quota di compartecipazione. Si riporta l'elenco delle suddette prestazioni e la/le relativa/e branca/branche di appartenenza:

CODICE	DESCRIZIONE	BRANCHE (oltre la radiologia)
88.71.4	diagnostica ecografica del capo e del collo	endocrinologia
06.01	aspirazione nella regione tiroidea	endocrinologia; chirurgia generale
06.11.2	biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide	endocrinologia; chirurgia generale
51.12 H	biopsia per cutanea della colecisti e dei dotti biliari	chirurgia generale; gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva
54.24.1 H	biopsia [percutanea] [agobiopsia] eco-guidata di massa intraaddominale	chirurgia generale
54.91.1 H	drenaggio TC-guidato per cutaneo addominale	chirurgia generale
83.21.1	biopsia eco-guidata dei tessuti molli	chirurgia generale
85.21.1	aspirazione percutanea di cisti della mammella	chirurgia generale
88.76.2	ecografia di grossi vasi addominali	chirurgia vascolare-angiologia
88.76.21	ecocolordoppler dei grossi vasi addominali	chirurgia vascolare-angiologia
88.74.1	ecografia dell'addome superiore	gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva
88.74.2	eco(color)doppler del fegato e delle vie biliari	gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva

88.74.3	eco(color)doppler del pancreas	gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva
88.74.4	eco(color)doppler della milza	gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva
88.76.1	ecografia addome completo	gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva
88.71.1	ecoencefalografia	neurologia
88.79.2	ecografia osteoarticolare	ortopedia e traumatologia
88.79.3	ecografia muscolotendinea	ortopedia e traumatologia
88.78.1	ecografia ovarica	ostetricia e ginecologia
60.11.1	biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata	urologia
88.74.5	eco(color)doppler dei reni e dei surreni	urologia
88.75.2	eco(color)doppler dell'addome inferiore	urologia
88.79.8	ecografia transrettale	urologia
88.72.1	ecografia cardiaca	cardiologia

Inoltre le seguenti prestazioni sono presenti nelle branche a fianco indicate:

06.11.1	biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide	endocrinologia; chirurgia generale
88.71.3	color doppler transcranico	chirurgia vascolare-angiologia; cardiologia; neurologia
88.73.5	eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	chirurgia vascolare-angiologia; cardiologia
88.77.2	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa	chirurgia vascolare-angiologia; cardiologia
89.65.1	emogasanalisi arteriosa sistemica	analisi chimico cliniche; pneumologia
93.08.1	elettromiografia semplice	medicina fisica e riabilitazione; neurologia
93.08.2	elettromiografia singola fibra	medicina fisica e riabilitazione; neurologia
93.08.3	elettromiografia di unità motoria	medicina fisica e riabilitazione; neurologia
93.08.4	elettromiografia di muscoli speciali	medicina fisica e riabilitazione; neurologia

APPROFONDIMENTI E CHIARIMENTI RISPETTO A CASISTICHE PARTICOLARI

LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

INTERPRETAZIONE DELLE DESCRIZIONI DELLE PRESTAZIONI CON IMPLICAZIONI RISPETTO ALLE TARIFFE

Gli esami racchiusi fra parentesi quadre es.[S/U] (esami effettuati su diversi materiali) comportano la ripetizione del pagamento del ticket.

Le parentesi tonde includono termini descrittivi della prestazione, che non comportano una ulteriore ripetizione della tariffa (Circolare ministeriale n.100/SCP/214075 del 1 aprile 1997)

Quando compare tra parentesi tonda la dizione “ previa reazione polimerasica a catena” l’analisi si intende ricompresa nella prestazione complessiva e quindi nella tariffa.

Dosaggi multipli: si tratta di dosaggi multipli, anche dilazionati nel tempo, relativi a voci contemplate nel nomenclatore tariffario come “ dosaggio unico” (è ad esempio il caso di dosaggi ormonali comportanti una molteplicità di accessi).

Il manuale operativo della RER “Quaderni Economia 2” prevede **che in presenza di dosaggi ormonali multipli (oltre 2) si debba applicare la tariffa dei dosaggi seriati dopo stimolo**. La tariffa è valida anche qualora venga superato il numero dei dosaggi indicati in parentesi tonda nella descrizione della prestazione [Prolattina (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH(5) Cod. 90.38.3] .I numeri fra parentesi indicano il numero dei dosaggi mediamente sufficiente per rispondere al quesito diagnostico.

TEST COMBINATO cod. 887801

Tariffa euro 80 Ticket 36,15 euro

Incuso: Ecografia ostetrica (translucenza nucale) e Bitest (HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A)
Non associabile all'ecografia ostetrica codice 88.78 ed al prelievo di sangue venoso codice 91.49.2

Bitest composto da due prestazioni : free-beta hcg (frazione libera della gonadotropina corionica) PAPP-A [proteina A plasmatica associata alla gravidanza]

- free-beta hcg (frazione libera della gonadotropina corionica) cod. 90.27.4 Tariffa euro 13
- PAPP-A (proteina A plasmatica associata alla gravidanza) cod. 90.27.5 Tariffa euro 15

Anticorpi Anticardiolipina (IGG, IGA, IGM) anche se comprese fra parentesi tonda vanno remunerate moltiplicando la tariffa per ciascuna classe anticorpale **cod. 90.47.5**
(RER 48287/1998)

Tariffa 13,80

Clearance della creatinina codice 90.16.4 è remunerativa della creatininemia e creatinuria più i calcoli matematici necessari per ottenere il valore della clearance
Rer 3329/98

Tariffa 2,00

Coprocoltura cod 90.94.3

L’esame colturale delle feci non comprende l’esecuzione della ricerca colturale della Yersinia, nel caso di richiesta specifica ,va aggiunto l’importo del codice 91.27.5 “Yersinia delle feci esame colturale “,**RER 17692/1999**

Tariffa 11,25

Esami colturali (Quaderni Economia 2 pag. 38)

Nel caso in cui gli esami colturali risultino positivi e sia quindi necessario procedere all'identificazione del germe e al test di sensibilità ai farmaci, queste ultime prestazioni sono richieste direttamente dallo specialista e sono codificate in aggiunta alla coltura; ad es: urinocoltura negativa corrisponde ad una prestazione, mentre un'urinocoltura per E.coli con antibiogramma dà luogo a tre prestazioni.

Urinocoltura negativa : 1 prestazione

Urinocoltura positiva :3 prestazioni :

1. urinocoltura ;
2. l'identificazione del germe;
3. test di sensibilità ai farmaci;

A livello aziendale si è stabilito che la tariffa da attribuire all'antibiogramma sia di euro 29,20 ed è costituita dalla tariffa per l'identificazione biochimica (codice 90.86.1), euro 14,60 e dalla tariffa dell'antibiogramma (codice 90.84.1), euro 14,60 (nota Direttore Amministrativo Prot. n. 48/P003 del 20.3.2007)

Test da carico con chelanti per la cura e la diagnosi delle condizioni patologiche associate a sovraccarico del ferro, in particolare emocromatosi, Tariffare le determinazioni urinarie di ferro eseguite “**Ferro [dU]**” cod. 90.22.4
Quaderni di Economia 2 pag. 60

Prestazione di prelievo

Le prestazioni di prelievo individuate con i codici **91.48.4, 91.48.5, 91.49.2, 91.49.3** deve essere inclusa nel conteggio delle prestazioni al fine del calcolo degli addebiti e per il calcolo del ticket **fino alla quota massima di € 36,15.**

Non può essere conteggiata al fine del raggiungimento del numero di 8 prestazioni per ricetta.

Per gli esami che contengono una pluralità di prelievi (Es. curva da carico) il prelievo venoso cod. **91.49.2** dovrà essere addebitato al paziente, se non esente, una sola volta.

PRELIEVI

91.48.4	Prelievo citologico	Tariffa 4,00
91.48.5	Prelievo di sangue arterioso	Tariffa 5,15
91.49.1	di sangue capillare	Tariffa 2,60
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	Tariffa 3,00
91.49.3	Prelievo microbiologico	Tariffa 2,60

Il prelievo:

- non deve essere incluso nel conteggio delle prestazioni al fine della determinazione del numero massimo di prestazioni per ricetta ;
 - deve essere sommato (compreso quello finalizzato al PAP test) alle altre prestazioni al fine del pagamento del ticket;
 - va conteggiato una sola volta per accesso.
- (Quaderni di Economia 2 pag. 53)

Esame citologico urine per ricerca cellule neoplastiche

L'esame citologico urine per ricerca cellule neoplastiche **cod. 91.39.4** a tariffa pari a euro **22,05** viene di norma effettuato su 3 campioni di urina in 3 giorni consecutivi; ognuna accettata singolarmente e refertata con risposte distinte. Si decide pertanto di moltiplicare per 3 il codice **91.39.4**

CARDIOLOGIA

Ecocardiogramma in sedazione Ricondotto alla prestazione principale cioè ecocardiogramma (RER 56635/2001).

CHIRURGIA GENERALE

-Espansione protesi mammaria: l'utilizzo degli espansori, al fine del riempimento delle protesi negli esiti di mastectomia o nei casi di cicatrici vaste e deturpanti, non comporta una tariffa aggiuntiva rispetto a quella prevista per la visita di controllo nel contesto della quale viene erogata.
(cod. 89.01.4 tariffa € 18,00) (RER 29074/1999)

Con la DGR n. 1906/2011 sono state individuate, nella tabella 2, le prestazioni di chirurgia ambulatoriale per le quali si applica il ticket di euro 46,15

CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA

Con la DGR n. 1906/2011 sono state individuate, nella tabella 2, le prestazioni di chirurgia ambulatoriale per le quali si applica il ticket di euro 46,15

DERMOSIFILOPATIA

Asportazione papillomi ,angiomi ,verruche,cheratosi mediante diatermocoagulazione o crioterapia con neve carbonica o protossido

La prestazione comprende l'asportazione di tutte le lesioni che vengono trattate nella stessa seduta temporale per cui **per seduta** Tariffa 15,35

-Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] fino a 20 allergeni **cod. 91905** **Ticket 33,50(1)**
-Test percutanei e intracutanei a lettura immediata fino a 12 allergeni **cod.91906** **Ticket 24,50(1)**
-Screening allergologico per inalanti (fino a 7 allergeni)**cod. 91.90.4** **Ticket 12,50(1)**

(1) L'eventuale utilizzo di un numero superiore di allergeni rispetto a quello indicato non comporta costi aggiuntivi a carico dell'assistito.
L'utilizzo di due o tre pannelli diversi(alimenti, inalanti, imenotteri ,farmaci professionali) comporta un raddoppiamento o triplicazione della tariffa (pannello non è il kit di laboratorio utilizzato per l'indagine ma l'insieme degli allergeni riconducibili allo stesso raggruppamento). Quaderni Economia 2

Challenge Test assimilato al codice **91.90.6** Tariffa 24,50 **Ticket 24,50**

Videomicroscopia a sonda ottica (epiluminiscenza digitalizzata), impiegata per la diagnosi differenziale delle lesioni pigmentate e per la diagnosi precoce di melanoma, tale prestazione può essere ricondotta al codice 38.22 (Dermatologia in Quaderni di Economia 2 Pag. 49)

Tariffa 59,30 **Ticket 36,15**

DIETOLOGIA

-La Visita dietologica (Anamnesi, esame obiettivo ed eventuale prescrizione di schema dietetico) è assimilata alla prestazione **“ Anamnesi e valutazione definite complessive “codice 89.03**

Tariffa 23 **Ticket €23**

Mentre le seguenti prestazioni:

- **Indagine alimentare** (colloquio con il paziente per rilevare abitudini alimentari al fine di calcolare le principali componenti nutrizionali);
 - **Elaborazione di programma nutrizionale** (compilazione di dieta personalizzata);
 - **Controllo dietoterapeutico** (verifica periodica dell'osservanza dello schema dietetico previsto)
 -
- sono assimilate ad “Anamnesi e valutazione definite brevi “codice 89.01 tariffa 18

(RER 23669/2003)

Valutazione con analisi impedenziometrica (BIA)

La prestazione rientra nella visita dietologica **come completamento diagnostico. (RER 19118/1998)**

Terapia cognitivo- comportamentale individuale e di gruppo.

Per quanto riguarda il supporto psicologico fornito dagli specialisti (dietologi, gastroenterologi, ecc), a particolari categorie di pazienti (anoressici ecc..) **questa attività viene ricompresa nell'ambito della visita specialistica. (RER 19118/1998)**

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Studio radiografico comparativo di strutture simmetriche (segmenti d'arto dx e sn.) va tariffato due volte indipendentemente dal numero di radiogrammi impiegati (Quaderni economia n. 2 pag. 36) .

Le prestazioni comprese fra i codici **87.03 e 88.39.1** hanno indicato fra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi ritenuti sufficienti per la completezza della prestazione. Pertanto la tariffa rimane la stessa indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi effettuati per raggiungere il risultato diagnostico.

Esami del Nomenclatore scritti in carattere minuscolo racchiusi fra parentesi quadre

Trattasi di prestazioni a cui è associato un ulteriore dettaglio descrittivo. Il codice (e quindi il pagamento) non può essere ripetuto .E' una unica prestazione (Es. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide, paratiroide, faringe, ecc] nel caso vengano eseguiti due o più esami racchiusi fra le parentesi la tariffa, ai fini del pagamento del ticket. non può essere ripetuta .
(Quaderni economia n. 2 pag. 30).

Virgole non incluse fra parentesi quadre (dal codice 87.03 al codice 88.99.5)sono finalizzate a distinguere diversi distretti. Se la prestazione viene eseguita su più di un distretto il pagamento del ticket deve essere effettuato per ogni distretto esaminato fino al raggiungimento del tetto massimo di spesa per ricetta. (Quaderni di Economia2 pag. 30)

Nelle prestazioni eseguite con l'utilizzo di mezzi di contrasto si intende compresa anche l'esecuzione dell'esame diretto (se non sono presenti diverse specificazioni). Il ticket da corrispondere è quello relativo alla prestazione con mezzo di contrasto (Quaderni economia 2).

Prestazioni parziali che non vanno sommati **in quanto ricompresi nella prestazione completa.**

Es. radiografia completa del tubo digerente (87.61) ricomprende la radiografia del tratto gastrointestinale superiore (87.62) e la radiografia del tratto gastrointestinale inferiore (87.64)

Ecografia dell'addome superiore, dell'addome inferiore e dell'addome completo

L'ecografista può decidere ,sulla base della prescrizione del medico curante , di limitare l'esame solo all'organo richiesto oppure esaminare e refertare i restanti organi.Indipendentemente dalla scelta effettuata dall'ecografista, al fine della partecipazione alla spesa da parte del cittadino viene comunque riconosciuta la tariffa intera corrispondente al codice :

88.74.1 ecografia dell'addome superiore	Tariffa 43,90	Ticket 36,15
88.75.1 ecografia dell'addome inferiore	Tariffa 32,50	Ticket 32,00
88.76.1 Ecografia addome completo	Tariffa 60,45	Ticket 36,15

(Quaderni di Economia 2 pag. 35)

Angio Tac

Stesse tariffe delle TAC con mezzo di contrasto facendo riferimento allo specifico distretto.(Quaderni di Economia 2 pag. 52)

- Anche: RX bacino per anche

Se la richiesta è di RX bacino per anche è da tariffare con codice **88.26 € 21,05** Qualora invece la richiesta preveda, oltre alla radiografia del bacino, il particolare dell'anca (Ds o Sn o Bilaterale) tali prestazioni dovranno essere riconosciute in aggiunta.(nota RER 23669 del 17.6.2003)

Esami morfodinamici (87.22-87.23-87.24): le proiezioni aggiuntive oblique effettuate sulla colonna cervicale, toracica e lombosacrale e per analogia i radiogrammi effettuati in più rispetto a quelli previsti dal Nomenclatore Regionale non comportano pagamenti aggiuntivi.

Radiografia di arcata dentaria

- **Radiografia di arcata dentaria** (superiore o inferiore) cod. 87.11.1 ognuna Tariffa 14,40
- Radiografia di arcate dentarie (Superiore e inferiore) cod. 87.1111 due arcate Tariffa 19,80

Scheletro toracico costale Scheletro toracico costale bilaterale si addebita

la tariffa prevista per le tre proiezioni **cod. 87.43.1** € **29,10**

Un emicostato si addebita la tariffa prevista per le due proiezioni **cod. 87.43.2** € **19,20**

Se vengono indagati i due emicostati presi singolarmente, anche se per confronto, si deve addebitare due volte l'importo previsto per l'emicostato € **38,40**

Rx scapola : rientra nella prestazione "radiografia della spalla e dell'arto superiore" cod. 88.21

Anche se richieste separatamente (spalla e scapola) si applica una sola tariffa (**RER 9852 /1999**) Tariffa **20,00**

TC –UROGRAFIA (Uro-TC)

Assimilata alla prestazione TC-Urografia alla prestazione "tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo, senza e con contrasto" **cod. 88.01.6** tariffa pari a euro **175,60**.(RER 239076/2007)

RM – UROGRAFIA (Uro-M)

L'Urografia con RM (Uro-RM) è un'indagine per lo studio delle vie escrettrici eseguita senza mezzi di contrasto, pertanto si decide l'assimilazione alla prestazione "risonanza magnetica nucleare (RM) dell'addome inferiore e scavo pelvico" cod. 88.95.4 tariffa pari a euro 160,10. (RER 239076/2007)

GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Esofagogastroduodenoscopia e polipectomia Se nel corso di esame endoscopico di tipo diagnostico si rende necessaria l'asportazione o demolizione locale della lesione o tessuto (Es Esofagogastroduodenoscopia cod. 45.13 (Tariffa 68,00) e Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica Cod. 43.41.1 (Tariffa 63,00), vanno tariffate ambedue le prestazioni (RER 29074/1999) ma il ticket è soggetto al tetto massimo di spesa.

Tariffa 131,00 Ticket 36.15

Posizionamento di sonda gastroenterale:

se eseguita in ambulatorio ospedaliero è da considerare parte integrante della visita (RER 19118 DEL 15.5.1998)

NEUROLOGIA

Prestazioni neuropsicologiche (RER 2573/1998 e Quaderni di economia 2) comprende:

- visita neurologica preliminare;
- colloquio con i familiari;
- esame neuropsicologico

in particolare l'esame neuropsicologico è composto da due fasi:

Prima fase:

1. **valutazione monofunzionale con scala psicocomportamentale (codice 93.01.3 € 8)** al fine di effettuare uno screening dei disturbi psico-comportamentali;
2. **valutazioni funzionali delle funzioni corticali superiori (codice 93.01.4 € 8);** al fine di effettuare uno screening dei disturbi cognitivi;
3. **Somministrazione di test di deterioramento mentale o sviluppo intellettuale: (codice 94.01.2 € 16,50)** come esame psicometrico generale.

Le suddette prestazioni non sono parte integrante della visita e vanno valorizzate in aggiunta alla visita stessa.

Seconda fase che prevede l'esplorazione di più aree funzionali:

Somministrazione di test della memoria (Codice 94.02.1).

Al fine di valutare adeguatamente la memoria sono prevedibili tre subcomponenti Ad ogni sub componente deve essere applicata la tariffa del nomenclatore € 5,85 per un massimo di tre componenti;

1. **Somministrazione di test delle abilità visuo spaziali codice 94.08.2 € 6,50)**
2. **Somministrazione di test delle funzioni esecutive codice 94.08.1 € 6,50**
3. **Esame dell'afasia con batteria standardizzata codice 94.08.4) € 28,50**

OCULISTICA

Esame complessivo dell'occhio COD. 95.02 (visita oculistica) comprende la valutazione di tutti gli aspetti del sistema visivo inclusa la prescrizione lenti. **Tariffa euro 23**

Visita Oculistica di controllo cod. 89.01.D incluso esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo – **Tariffa euro 18**

Viceversa la prestazione **Esame parziale dell'occhio COD. 95.01** non comprende la visita oculistica. **Tariffa euro 14,50**

Training ortottico (COD. 95.35): la tariffa € 6,40 è applicata per ogni singola seduta. con tetto massimo di spesa di € 36,15 per un massimo di 8 prestazioni(RER 33797 DEL 28/8/2000).

Valutazione ortottica (cod. 93.02): se la prestazione è effettuata nel corso della prima visita è compresa nella visita stessa e quindi esente ticket, se costituisce la prestazione principale deve essere codificata ed assoggettata a ticket.

Con la DGR n. 1906/2011 sono state individuate, nella tabella 2, le prestazioni di chirurgia ambulatoriale per le quali si applica il ticket di euro 46,15

ODONTOSTOMATOLOGIA

“Incisione di accesso dentario”: è parte integrante della visita odontoiatrica (RER 9030 /2001).

“Lucidatura dell’otturazione”: è parte integrante della prestazione principale cui si riferisce (ad esempio “ Ricostruzione di dente mediante otturazione” cod. 23.20.1) (RER 9030 72001).

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Con la DGR n. 1906/2011 sono state individuate, nella tabella 2, le prestazioni di chirurgia ambulatoriale per le quali si applica il ticket di euro 46,15

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Sonosalpingografia assimilata all’Ecografia Transvaginale codice 88.79.7 **appartengono alla branca di radiologia** Tariffa 43,40 **Ticket 36,15 (RER 33797/2000)**

TEST COMBINATO cod. 887801

Tariffa euro 80 Ticket 36,15 euro

Incluso: Ecografia ostetrica (translucenza nucale) e Bitest (HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A)

Non associabile all'ecografia ostetrica codice 88.78 ed al prelievo di sangue venoso codice 91.49.2

OTORINOLARINGOIATRIA

- La prestazione **Laringoscopia indiretta** è parte integrante della visita così come la **rinoscopia e l’otoscopia** pertanto l’esame non deve essere valorizzato in aggiunta alla visita. (Rer 3329/98)

Olfattometria eseguita molto raramente e prevalentemente a scopi-medico legali se eseguita in corso di visita è da considerare parte integrante della visita. (RER 2573/1998)

PNEUMOLOGIA

Terapia educativa pneumologica .

Rientra all’interno della visita come completamento della stessa (RER 56635/2001)

**PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE RECUPERO E RIABILITAZIONE
FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI**

RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

CODICI - Descrizione nomenclatore, indicazioni di prescrivibilità

93.11.1 Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (strumentale complessa) € 12,00 Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.11.2 Rieducazione motoria individuale in motuleso grave (semplice) € 10,00
Incluso Biofeedback Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.11.3 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (strumentale complessa).€ 9,00 Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale (semplice) incluso Biofeedback € 7,00 Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.11.5 Rieducazione motoria in gruppo € 5,00 Per seduta di 30 min., max 5 pazienti (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.15 Mobilizzazioni della colonna vertebrale Manipolazioni della colonna vertebrale per seduta **€ 15,00** Escluso = manipolazione di articolazione temporo-mandibolare **(vedi Nota 2)**;

93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso = manipolazione di articolazione temporo-mandibolare **€ 9,00 (vedi Nota 2)** per un numero di sedute non superiore a 5

93.19.1 Esercizi posturali-proprioceettivi € 11,00 Per seduta individuale di 60 min. (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.19.2 Esercizi posturali-proprioceettivi € 5,00 Per seduta collettiva di 60 min., max. 5 pazienti (ciclo di 10 sedute) **(vedi Nota 1)**;

93.22 Training deambulatori e del passo € 11,00 Incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausilii e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 min. (ciclo di 10 sedute)

93.26 Risoluzione manuale di aderenze cicatriziali peri-articolari € 8,00

TERAPIA FISICA

CODICI: Descrizione nomenclatore, indicazioni di prescrivibilità

- 93.35.2 Irradiazione infrarossa € 1,80** Per seduta. (**vedi nota 2**); Durata minima della prestazione 15 min. Pertanto le tariffe sono specificamente riferite alla seduta e il trattamento di piu' distretti nell'ambito della stessa seduta non da' luogo a tariffazione multipla (nota Ministero della sanità 21.6354 del 21.5.1997)
- 93.35.3 Paraffinoterapia € 2,30** Bagno paraffinico per seduta (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 20 min.
- 93.39.2 Massoterapia per drenaggio linfatico € 8,50** Per seduta (30 min. ciasc.) (**vedi nota 2**); Durata minima della prestazione 30 min.
- 93.39.6 Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso € 2,55** - per seduta (ciclo di 10 sedute) (**vedi nota 1**) Durata minima della prestazione 20 min.
- 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti € 2,55** per seduta (ciclo di 10 sedute) (**vedi nota 1 e nota 3**); Durata minima della prestazione 20 min.
- 93.39.8 **Magnetoterapia € 1,35** Per seduta (ciclo di 10 sedute). Tempi di trattamento non inferiori alle 6 ore giornaliere per un periodo da 30 a 60 giorni

ALTRE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE

CODICI: Descrizione nomenclatore, indicazioni di prescrivibilità

- 93.18.1 Esercizi respiratori € 12,00** Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 30 min.
- 93.18.2 Esercizi Respiratori € 4,00** Per seduta collettiva (ciclo 10 sedute) Durata minima della prestazione 60 min.
- 93.71.1 Training per dislessia € 9,00** Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 30 min.
- 93.71.2 Training per dislessia € 3,00** Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 60 min. max 5 pazienti
- 93.71.3 Training per dislessia € 9,00** Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 30 min.
- 93.71.4 Training per dislessia € 3,00** Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 60 min. Max 5 pazienti

93.72.1 Training per disfasia € 9,00 Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 30 min.

93.72.2 Training per disfasia € 3,00 Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 60 min. Max 5 pazienti

93.83 Terapia occupazionale € 5,00 Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training di attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) - Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) (**vedi nota 2**) Durata minima della prestazione 30 min.

93.83.1 Terapia occupazionale € 2,00 Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute) (**vedi nota 2**) Durata minima della prestazione 60 min. Max 5 pazienti

93.89.2 Training per disturbi cognitivi € 9,00 Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 30 min.

93.89.3 Training per disturbi cognitivi € 3,00 Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (ciclo di 10 sedute) Durata minima della prestazione 60 min. Max 5 pazienti

NOTA 1:

Decreto 20/10/1998: per le disabilità conseguenti a patologie neurologiche di origine traumatica, vascolare, neoplastica o iatrogena in fase acuta o immediatamente post-acuta (art.1, lettera a) e per le disabilità correlate agli esiti di ustioni gravi (art. 1, lettera c): limitatamente ai primi 60 giorni dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitazione, **sulla stessa ricetta possono essere prescritti fino a 6 cicli**, qualora le terapie risultino appropriate per il trattamento delle condizioni patologiche di cui sopra (anche se i cicli sono di uno stesso tipo di terapia). **Oltre i 60 giorni possono essere prescritti al massimo 3 cicli per ricetta.**

Per le disabilità temporanee secondarie a patologie traumatiche od ortopediche a carico della spalla, dell'anca, del ginocchio e del femore, del rachide e del bacino, in fase acuta (art. 1, lettera b) e per le disabilità secondarie a gravi patologie osteo-articolari in fase acuta o di riacutizzazione (art. 1, lettera e) limitatamente ai primi 30 giorni dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitativa, **sulla stessa ricetta possono essere prescritti fino a 6 cicli**, qualora le terapie risultino appropriate per il trattamento delle condizioni patologiche di cui sopra (anche se i cicli sono di uno stesso tipo di terapia). **Oltre i 30 giorni possono essere prescritti al massimo 3 cicli per ricetta.**

Per tutti gli altri casi rimane valido quanto previsto dalla Finanziaria del 1998 che prevede la prescrivibilità fino a tre cicli per ricetta.

NOTA 2:

Prestazioni non recanti l'indicazione del ciclo sul nomenclatore, e pertanto assoggettate al limite di prescrivibilità di 8 prestazioni sulla stessa ricetta. **Non sono prescrittibili sulla stessa ricetta nella quale sono prescritte prestazioni a ciclo.**

NOTA 3

Ai fini del pagamento del ticket e dei compensi alle strutture accreditate si conteggia un ciclo per segmento corporeo.

N.B.

In attesa di un sistema di rilevazione che consenta il controllo delle “ prime prescrizioni” in capo a uno stesso soggetto, la suddetta circostanza sarà certificata dal disabile o dal familiare che ne ha conoscenza o esercita la potestà genitoriale

Nel caso in cui lo specialista fisiatra ritenga di raddoppiare il tempo di trattamento di ogni seduta terapeutica (esempio: Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice = 60 minuti/seduta invece dei 30 minuti/seduta previsti dal nomenclatore) il ticket da corrispondere sarà di € 36,15 trattandosi di due cicli e stante appunto la possibilità di prescrivere fino a tre o sei cicli (se sussistono le condizioni sopra esplicitate) sulla stessa ricetta anche di prestazioni dello stesso tipo.

PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE NON RECANTI L'INDICAZIONE DEL CICLO

Le seguenti prestazioni, sono assoggettate al limite di prescrivibilità di otto prestazioni sulla stessa ricetta. Tutte le restanti prestazioni dei protocolli recano l'indicazione del ciclo.

93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manu medica	€ 15,00
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	€ 9,00
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA (per seduta) Pertanto se nella seduta sono trattati più segmenti non vi può essere tariffazione multipla	€ 1,80
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO(per seduta di 30 minuti)	€ 8,50

Per le suddette prestazioni se il medico non ha espressamente richiesto 10 sedute è da intendere che la richiesta è relativa a 8 prestazioni.

Fatte salve diverse indicazioni regionali rimangono in vigore gli attuali vincoli prescrittivi

ESEMPI PRATICI DI QUANTO FINORA PUNTUALIZZATO

1. Ricetta contenente due tipi di prestazioni per i quali è stato previsto il raddoppio dei tempi di esecuzione e **non sussistono le condizioni del D.M.98 per il riconoscimento della prescrivibilità fino a sei cicli:**

Diventano 4 cicli e pertanto:

3 cicli su una ricetta con pagamento fino al tetto massimo di spesa;

1 ciclo su ulteriore ricetta sottoposto a pagamento fino al tetto massimo di spesa .

2. Ricetta contenente due tipi di prestazioni per i quali è stato previsto il raddoppio dei tempi di esecuzione e **sussistono le condizioni del D.M.98 per il riconoscimento della prescrivibilità fino a sei cicli:**

Sono 4 cicli prescrivibili su una unica ricetta con pagamento fino al tetto massimo di spesa .

Stessi criteri saranno adottati nel caso in cui lo specialista fisiatra prescriva un numero di sedute maggiore di quanto previsto dal nomenclatore per quel ciclo di terapia.

3. In occasione della visita di fine trattamento emerge la necessità di prolungare la cura per un ulteriore ciclo:

lo specialista fisiatra dovrà redarre un nuovo piano terapeutico corredato di documentazione e al paziente dovrà essere addebitato un nuovo ticket.

PRECISAZIONI SU PRESTAZIONI PARTICOLARI

Anestesia locale

Fa parte della prestazione e non può essere tariffata a parte. (Quaderni economia 2)

Visita specialistica e piccolo intervento

Deve essere corrisposto il ticket per entrambe le prestazioni.

Applicazione di medicazione su ferita, infusione di farmaci, sutura di ferita, toilette di ferita superficiale (Quaderni Economia 2 pag. 32)

non sono riconosciuti e pertanto esenti da ticket **se vengono erogate al seguito di prestazioni che per la loro natura presuppongono anche l'effettuazione delle prestazioni di cui sopra**(es. sutura e medicazione dopo intervento).

Viceversa devono essere riconosciuti quando costituiscono la prestazione principale eseguita durante la visita.

Si precisa che per **medicazione si intende** l'esecuzione di una medicazione complessa (es. curettaggio, drenaggio).

Il termine **ferita** va inteso in modo estensivo tale da comprendere **qualsiasi soluzione di continuità della superficie corporea.**

Immunizzazione per allergia

La tariffa del codice **99.12** Immunizzazione per allergia (Altre prestazioni) tariffa **12,75** comprende solo la valutazione clinica e la somministrazione del farmaco. Il costo del vaccino resta a carico dell'assistito Sulla stessa ricetta possono essere richieste fino ad un numero massimo di 8 iniezioni indipendentemente dall'intervallo trascorso fra le somministrazioni. Il paziente se non esente è tenuto a versare la relativa quota di € 36,15.(**RER 3329/1998**)

Spirometria

La spirometria (sia semplice sia globale) è una delle prestazioni riferite al codice 89.3 "Altre misure anatomiche e fisiologiche ed esami manuali", per le quali il Nomenclatore Tariffario Nazionale (DM 96) riporta la seguente frase: " escluso le procedure sottoelencate quando eseguite come parte integrante di una visita specialistica". Tali prestazioni vanno considerate anche dal punto di vista finanziario quale parte

integrante della visita specialistica e devono quindi essere tariffate solo qualora non venga eseguita la visita specialistica. (Quaderni Economia 2 pag. 31/32).

Osservazione dermatologica in epidiascopia

E' compresa nella prima visita e pertanto non è soggetta a pagamento del ticket, quando invece venga richiesta come prestazioni di controllo è soggetta a ticket quale prestazione aggiuntiva alla visita successiva.

Visita filtro

Nel casi in cui le prestazioni diagnostico-terapeutiche, per la loro complessità o livello di responsabilità o per specifiche disposizioni di legge o, infine, per esigenze organizzative del servizio, richiedano una preventiva visita da parte di un medico della struttura pubblica, quest'ultima viene prenotata automaticamente, senza bisogno di ulteriori adempimenti o rinvii del paziente al medico richiedente, è esente ticket e non è soggetta nè a compensazione della mobilità sanitaria nè a rilevazione flussi ASA. (RER 23669/03)

Per alcune branche specialistiche a carattere prevalentemente chirurgico (Ortopedia, Chirurgia, Dermatologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Urologia) si è codificata a livello l'aziendale la prestazione parallela denominata "VISITA FILTRO" al fine di consentire la presa in carico del cittadino che pur avendo già effettuato una visita presso uno specialista per motivi diversi non possa portare a termine il percorso diagnostico terapeutico e debba, pertanto, rivolgersi ad una diversa struttura. La prestazione andrà utilizzata solo qualora non esistono già percorsi diretti di accesso predefiniti, sia in ambito ospedaliero che distrettuale.

Controllo periodico per terapia anticoagulante orale (Tao)

Include al suo interno la visita di controllo, il prelievo di sangue venoso ed il tempo di protrombina (PT), da erogarsi in esenzione dal ticket quando finalizzate al controllo periodico della terapia anticoagulante orale. Il pacchetto consente il superamento dei limiti prescrittivi. Sulla stessa ricetta può essere prescritto un ciclo di 10 accessi al trattamento. (RER 233214/2011)

Esame clinico strumentale delle mammelle

Identificato con il cod. 851901 include la visita generale (senologica) cod. 89.7 e l'ecografia della mammella bilaterale cod. 88.73.1. La prestazione è erogabile nelle strutture individuate dalle aziende sanitarie per:

1. percorsi urgenti ed urgenti differibili nei casi di patologia mammaria sintomatica per donne con età < 40 anni;
2. nei centri spoke individuati dalle aziende sanitarie ai fini del percorso di diagnosi precoce correlato al riscontro di rischio eredo-familiare per tumore della mammella. In questa condizione la prestazione è esente dal ticket, per la condizione di cui al punto 1 restano valide le esenzioni dal ticket previste dalla normativa vigente. (RER 233214/2011).

Trasfusioni di sangue umano o emocomponenti

Nessun addebito a carico del cittadino per sangue o emoderivati.

La tariffa (cod. 99.07.1) serve per la fatturazione all'AUSL di residenza dell'interessato secondo le normali procedure di mobilità sanitaria (RER 9852/99). Tale fatturazione comprende anche le prove di compatibilità da addebitarsi secondo le tariffe della delibera di G.R. n. 410/97.