



AZIENDA ULSS 12  
VENEZIANA

# **ESENZIONE TICKET SANITARIO**

## **Guida di orientamento**

## PREMESSA

Negli ultimi anni la normativa sulla compartecipazione alla spesa per le prestazioni del SSN (c.d. ticket) è stata oggetto di numerosi interventi del legislatore, tali da renderne spesso difficoltosa la comprensione nei suoi molteplici aspetti non solo per i cittadini, ma anche per gli stessi operatori istituzionali preposti alla sua applicazione.

Peraltro, la criticità della materia ed il particolare periodo socio-economico richiedono una puntuale applicazione della normativa, nell'ambito di un corretto rapporto tra l'Azienda Sanitaria e il cittadino, che deve sempre essere presente, anche in momenti che possono diventare molto delicati e difficili.

Da queste semplici considerazioni è nata l'idea di predisporre un testo che raccolga in modo sistematico le regole vigenti riguardanti i tickets sanitari e le relative esenzioni, con gli specifici riferimenti normativi, documento che non intende e non può sostituire le fonti normative che disciplinano la materia.

La guida è stata predisposta con lo scopo di agevolare gli operatori ed i cittadini nella conoscenza delle regole che disciplinano la compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, per l'assistenza farmaceutica, con tutti i relativi casi di esenzione per alcune categorie di soggetti in ragione di età, reddito, disoccupazione o per altre condizioni socio-economiche, invalidità ovvero in quanto portatori di patologia cronica invalidante o malattia rara.

In fine, si è ritenuto di dare alcune indicazioni riguardanti il ruolo del medico di medicina generale, seppur in un momento di notevole evoluzione normativa delle cure primarie, che ne richiederà a breve la revisione.

Ringrazio gli operatori dell'AULSS che, partendo da un'idea del sindacato UIL Pensionati, hanno collaborato per la stesura della "Guida"; agli stessi mi sento di dover chiedere anche l'ulteriore sforzo e puntuale attenzione nell'aggiornamento della Guida medesima, senza il quale l'utilità del presente lavoro andrà presto perduta per il susseguirsi delle inevitabili modifiche normative.

IL DIRETTORE GENERALE

Antonio Padoan

Il cittadino, quando accede al Sistema Sanitario Nazionale (utilizzando la ricetta rossa), partecipa alla spesa sanitaria pagando il ticket, ovvero una quota del costo della prestazione richiesta.

Il ticket è quindi il costo che la legge prevede a carico del cittadino italiano o straniero regolare non esente per fruire di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale, di laboratorio, di acquisto di certi farmaci quale contributo o partecipazione alla spesa sanitaria.

### **Assistenza specialistica ambulatoriale (visite, esami, ecc):**

Da agosto 2011, è previsto il pagamento di una quota fissa aggiuntiva, oltre al ticket, di 10 euro per ricetta sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriale per soggetti non esenti appartenenti a nuclei familiari con reddito uguale o superiore a 29.000 euro;

E' prevista una riduzione della quota fissa da 10 euro a 5 euro per soggetti non esenti appartenenti a nuclei familiari con reddito inferiore a 29.000 euro

### **Assistenza farmaceutica:**

E' previsto il pagamento di una quota fissa per ricetta di 2 euro per confezione (fino massimo 4 euro per ricetta) sui farmaci di Classe A

### **Pronto soccorso:**

I soggetti la cui condizione clinica è stata codificata con codice bianco all'atto della dimissione dal Pronto Soccorso sono tenuti al pagamento del ticket.

Alcune condizioni personali, sociali eventualmente associate a determinate situazioni reddituali danno diritto all'esenzione dal ticket

Sono previste esenzioni dal pagamento del ticket per:

- l'assistenza specialistica (visite ed esami)
- l'assistenza farmaceutica (farmaci)
- l'accesso al Pronto Soccorso

## SOGGETTI ESENTI DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO <sup>1</sup>

---

La compartecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio segue le indicazioni della normativa nazionale e regionale

Per gli assistiti che non hanno nessuna forma di esenzione, la compartecipazione massima alla spesa è attualmente di 36,15 euro per ricetta (o impegnativa). Ogni ricetta può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica. Fanno eccezione la branca specialistica di odontoiatria e la branca specialistica di medicina fisica e riabilitazione<sup>2</sup>

Oltre al ticket il cittadino non esente deve pagare, per ciascuna impegnativa che richiede prestazioni specialistiche ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica strumentale, una quota aggiuntiva:

10 euro per i soggetti che appartengono ad un nucleo familiare con reddito lordo complessivo, riferito all'anno precedente, maggiore o uguale a 29.000 euro;

5 euro per i soggetti appartenenti a nuclei familiari con reddito lordo riferito all'anno precedente inferiore a 29.000 euro<sup>3</sup>.

Sono esenti dal pagamento del ticket alcune categorie di soggetti:

### ESENTI PER CONDIZIONI DI ETÀ E REDDITO, DISOCCUPAZIONE O PER ALTRE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

- Cittadini di età inferiore ai **6 anni** o superiore ai **65 anni**, purché appartenenti ad un *nucleo familiare* avente un **reddito** complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore ad Euro 36.151,98 Art. 2 c. 15 L. 549/1995 (esenti per reddito ed età, codice di esenzione **7R2**)
- Cittadini **disoccupati** e i loro **familiari** a carico, purché appartenenti ad un *nucleo familiare* avente un **reddito** complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore ad Euro 8.263,31 aumentato ad Euro 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di Euro 516,46 per ogni figlio a carico. Art 2 co. 15 L. 549/1995 (esenti per disoccupazione, codice di esenzione **7R3**).
- Cittadini di età superiore ai sessantacinque anni beneficiari di **assegno (ex pensione) sociale** e i loro familiari a carico. Art 3 co. 6 e 7 L. 549/1995 (esenti per assegno sociale, codice di esenzione **7R4**);
- Cittadini di età superiore ai sessanta anni titolari di **pensione al minimo** e i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore ad Euro 8.263,31 aumentato ad Euro 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di Euro 516,46 per ogni figlio a carico. Art 2 Co. 15 L. 549/1995 (esenti per pensione al minimo, codice di esenzione **7R5**).

---

<sup>1</sup> Vedi per ulteriori informazioni: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/AttivitàDistrettuali/Condizioni+di+esenzione.htm>

<sup>2</sup> Per la branca specialistica di odontoiatria possono essere indicate fino a massimo 4 prestazioni per ricetta (compilata dallo specialista). Per la branca specialistica di medicina fisica e riabilitazione: fino a 6 tipi di prestazioni singole (non previste a ciclo) e fino a 6 cicli per le prestazioni previste come tali dal Nomenclatore Tariffario.

<sup>3</sup> Vedi paragrafo "riduzione del pagamento della quota fissa sulla ricetta per i residenti nel veneto 7RQ"

Cosa si intende per:

- **pensionati al minimo** coloro che percepiscono pensioni di lavoro per aver versato il numero minimo di contributi previdenziali previsto dalla normativa vigente ovvero pensioni integrate al minimo INPS. L'importo di tale integrazione è stabilito di anno in anno dalla legge;
  - **nucleo familiare**: il nucleo familiare è costituito dal coniuge non legalmente ed effettivamente separato e dai familiari a carico e deve intendersi quello rilevante ai fini fiscali e non anagrafici;
  - **familiari a carico**: familiari per i quali spettano le detrazioni per i carichi di famiglia:
    - a) coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
    - b) figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati con reddito non superiore a € 2.840,51;
    - c) altri familiari conviventi (genitori, discendenti dei figli, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle) con reddito non superiore a € 2.840,51;
- (N.B. I soggetti, pur conviventi, che dispongono di redditi propri e siano quindi tenuti alla presentazione della dichiarazione ai fini IRPEF, costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi);**
- **reddito complessivo** (rilevabile dai modelli CUD, UNICO, 730, 740, ecc.): si considera quello sommando quello di ciascun componente il nucleo al lordo degli oneri deducibili e al netto dei contributi previdenziali obbligatori, compreso il reddito prodotto all'estero. Sono da escludere i redditi a tassazione separata (arretrati di pensione, liquidazione);
  - **disoccupato**: chi ha perso un precedente lavoro alle dipendenze o autonomo ed è immediatamente disponibile allo svolgimento ed alla ricerca di una attività lavorativa secondo modalità definite con Centro per l'impiego.

5

#### **ESENTI PER INVALIDITÀ**

**INVALIDI CIVILI AL 100%** <sup>4</sup> da diritto alla esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche Art. 6 co. 1 lett. d) e e) del DM 1.2.1991 **Cod 3C1**

**INVALIDI CIVILI DA 67% A 99%** da diritto alla esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche. Art. 6 co. 1 lett. d) del DM 1.2.1991 **Cod 3C2**

**MINORENNI CON INDENNITÀ DI FREQUENZA (EX ART 1 L. 289/1990 EX ART 5 C. 6 DEL DLGS 124/1998)**<sup>5</sup> da diritto alla esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche **Cod 3C3**

Dall'1/1/2010 la domanda di invalidità civile va presentata all'INPS. La condizione e il grado di invalidità devono essere accertate da Apposita Commissione medica dell'ulss di residenza dell'assistito integrata da un medico dell'INPS.

#### **ESENTI PER PATOLOGIA CRONICA INVALIDANTE**<sup>6</sup>

Sono esenti dalla compartecipazione alla spesa specialistica per le prestazioni correlata alla patologia le persone affette da patologie di cui al D.M. 329/99 . **Cod dal 001 a 0056**

#### **ESENTI PER MALATTIA RARA DI CUI AL D.M. 279/2001**<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>5</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>6</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

Sono esenti dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche appropriate ed efficaci per il trattamento e il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.  
**Cod da RAnnnn a RQnnnn**

#### **INVALIDI DI GUERRA (DA 1^ A 5^ CAT)<sup>8</sup>**

Ex art. 6 co. 1 lett. a del D.M. 01.02.1991

Sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa alle prestazioni specialistiche a favore di cittadini invalidi di guerra Si tratta di cittadini invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie, deportati in campo di sterminio, perseguitati politici italiani antifascisti o razziali e loro familiari superstiti, titolari di assegno vitalizio di benemerenzza. **Cod 3G1**

#### **INVALIDI DI GUERRA (DA 6^ A 8^ CAT)<sup>9</sup>**

Ex art. 6 co. 2 lett. a del D. M. 01.02.1991

Sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa alle prestazioni specialistiche. **Cod 3G2**

#### **INVALIDI DEL LAVORO**

Ex art. 6 co. 1 lett. b del D.M. 01.02.1991

Per invalidità dall'80% al 100 %<sup>10</sup> (grandi invalidi del lavoro) e dal 67% al 79% sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa a visite e prestazioni specialistiche. **Cod 3L1 e Cod 3L2**

Per Invalidità dal 1% al 66% esenzione su prestazioni specialistiche correlate alla patologia **Cod 3L3**

#### **INVALIDI PER SERVIZIO (PUBBLICI DIPENDENTI)**

Ex art. 6 co. 1 lett. c del D.M. 01.02.1991

Grandi invalidi I^ categoria e Invalidi dalla 2^ alla 5^ categoria sono esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa a prestazioni specialistiche<sup>11</sup>. **Cod 3M1 e Cod 3M2**

Invalidi dalla 5^ alla 8^ categoria, sono esenti dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche correlate alla patologia **Cod 3M3**

#### **INFORTUNATISUL LAVORO**

Ex art. 6 co. 2 lett. c del D.M. 01.02.1991

E' un'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa alle visite e alle prestazioni specialistiche a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

L'esenzione è limitata al periodo dell'infortunio **Cod INAIL**

#### **PERSONE NON VEDENTI<sup>12</sup>**

D.M. 01.02.1991 - ex art. 6 co. 1 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99

Si tratta di un'esenzione per prestazioni specialistiche **Cod 3N1**

#### **PERSONE SORDOMUTE<sup>13</sup>**

Art. 6 co. 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99).

Sono esenti dalla compartecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche **Cod 3S1**

---

<sup>7</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>8</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>9</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>10</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>11</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>12</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>13</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

**ESENZIONE PER PERSONE DANNEGGIATE IN MODO IRREVERSIBILE DA VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

L. n. 210 del 25.02.1992

Ex art. 1 co. 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998

E' un'esenzione relativa alle prestazioni specialistiche correlate alla patologia, a favore di persone danneggiate da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. L'esenzione riguarda anche la quota fissa sui farmaci. **Cod 3T1**

**VITTIME DEL TERRORISMO E DELLE STRAGI (INVALIDITA' PERMANENTE SUPERIORE AL 80%). VITTIME DEL DOVERE E CATEGORIE EQUIVALENTI<sup>14</sup>**

L. n. 302/90 - come modificata dalla L. n. 206/2004 - (ex art. 5 co. 6 del D.Lgs. 124/1998)

L. n. 266/2005 art. 1 c. 563 e 564 e dal DPR n. 243 del 07/07/2006

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche a favore di vittime del terrorismo. **Cod 3V1**

**VITTIME DEL TERRORISMO E DELLE STRAGI (INVALIDITA' INFERIORE AL 80%) E FAMILIARI DI VITTIME DEL TERRORISMO LIMITATAMENTE A CONIUGE E FIGLI E IN MANCANZA DEI GENITORI<sup>15</sup>**

L. n. 302/90 - come modificata dalla L. n. 206/2004 - (ex art. 5 co. 6 del D.Lgs. 124/1998)

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche a favore di vittime del terrorismo e loro familiari. **Cod 3V2**

**VITTIME DEL DOVERE E CATEGORIE EQUIPARATE CON INVALIDITA' PERMANENTE INFERIORE AL 80% LIMITATAMENTE A CONIUGE E FIGLI E IN MANCANZA DEI GENITORI.**

L. n. 266/2005 art. 1 c. 563 e 564 e dal DPR n. 243 del 07/07/2006

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per **prestazioni specialistiche e farmaci** a favore di vittime del terrorismo e loro familiari. **Cod 3V2**

**VOLONTARI DEL SERVIZIO CIVILE**

L. n. 64 del 6/03/2001 art. 5 c. 4 - Istituzione servizio civile nazionale; D.Lgs. N. 77 del 5/04/2002 art. 9 c. 5 - attuativo della legge n.64/2001; L. n.448 del 23/12/1998 art.68)

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni specialistiche a favore di volontari di servizio civile per il periodo di svolgimento del servizio. **Cod 3O1**

**DETENUTI E INTERNATI<sup>16</sup>**

D.Lgs. N. 230 del 22/06/1999, decreto regionale n. 16 del 27/01/2009.

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche a favore di persone detenute e internate. **Cod F01**

**PERSONE CELIACHE**

L.R. n. 15/2008

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per **prestazioni specialistiche** a favore di persone affette da malattia celiaca certificata residenti in Veneto. **Cod 659**

**DONATORI DI SANGUE, MIDOLLO OSSEO E ORGANO TRA VIVENTI**

L.R. n. 11/2007

<sup>14</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>15</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

<sup>16</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria relativa alle prestazioni di laboratorio (effettuate nell'ULSS di residenza) a favore di cittadini ex donatori di sangue <sup>17</sup> e donatori di midollo osseo e organo tra viventi. **Cod 6T1**

#### CITTADINI ITALIANI CHE HANNO OPERATO NEL TERRITORIO DELLA BOSNIA-HERZEGOVINA E DEL KOSOVO

Art. 4 bis L. 27/2001

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria per alcune prestazioni specialistiche a favore di cittadini italiani (e loro familiari) che hanno operato nel territorio della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo. **Cod 5BK1 e 5BK2**

#### LAVORATORI EX ESPOSTI AD AMIANTO

Legge Regionale 9/2005, art. 21.

E' un'esenzione relativa alla compartecipazione per la spesa sanitaria per alcuni accertamenti specialistici a favore ex lavoratori esposti ad amianto residenti in Veneto. **Cod 6A1.**

#### PERSONE A RISCHIO DI INFEZIONE HIV

Ex art. 1 co. 5 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte

E' un'esenzione per alcune prestazioni specialistiche a favore di soggetti appartenenti a categorie a rischio infezione HIV. **Cod 5E1.**

Nelle strutture pubbliche, il test anti-HIV, in grado di identificare la presenza di anticorpi specifici che l'organismo produce nel caso in cui entra in contatto con questo virus, è anonimo (come prevede la Legge 135 del 1990 ) e gratuito (come specificato dal Decreto ministeriale del 1° Febbraio 1991 e ribadito nell'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 27 luglio 2011, art. 2).

Il test non è obbligatorio, ma se si sono avuti comportamenti a rischio, sarebbe opportuno effettuarlo. Per eseguire il test, nella maggior parte dei Centri, non serve ricetta medica.

Le persone straniere, anche se prive del permesso di soggiorno, possono effettuare il test alle stesse condizioni del cittadino italiano.

#### CITTADINI SOTTOPOSTI A PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FINALIZZATE AD ATTI DI DONAZIONE EROGATE IN CONTESTO AMBULATORIALE

(ex art. 1 co. 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);

Per le prestazioni specialistiche strettamente connesse a verificare l'idoneità del donatore alla donazione secondo quanto stabilito dai rispettivi protocolli- **Cod 5C1.**

#### CITTADINI SOTTOPOSTI A PRESTAZIONI SVOLTE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ DI MEDICINA SCOLASTICA, COMPRENSIVE DEGLI ACCERTAMENTI RICHIESTI PER IL COMPLETAMENTO DELL'ITER DIAGNOSTICO

Art 1 co. D Dlgs. 124/1998 **Cod 5D1.**

#### CITTADINI SOTTOPOSTI A PRESTAZIONI CORRELATE ALLA PRATICA VACCINALE OBBLIGATORIA O RACCOMANDATA

art 1 co. 4 lett b) del Dlgs 124/1998. **Cod 5F1.**

#### CITTADINI SOTTOPOSTI A PRESTAZIONI FINALIZZATE AL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI DI IDONEITÀ ALL'ADOZIONE DI MINORI

DGR 489/2004 e 329/2005. **Cod 5I2.**

#### CITTADINI SOTTOPOSTI A PRESTAZIONI FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE DELLA TBC

Art. 1 co 4 lett b) Dlgs 124/1998 **Cod 5L1**

<sup>17</sup> che abbiano effettuato almeno 50 donazioni presso le strutture autorizzate alla raccolta e che, per motivi fisici o sanitari, siano stati dichiarati permanentemente non idonei a altre donazioni



CITTADINI SOTTOSPOSTI A PRESTAZIONI FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE E DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Art. 1 co 4 lett b) Dlgs 124/1998 Cod 5M1.

MINORI DI 18 ANNI E I DISABILI PER PRESTAZIONI FINALIZZATE AL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVE AGONISTICHE

DDGR 850/1999 e 489/2004 Cod 5I1.

PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO ED ALTRE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FINALIZZATE ALL'AVVIAMENTO AL LAVORO DERIVANTI DA OBBLIGHI DI LEGGE NON A CARICO DEL DATORE DI LAVORO –

Art. 1 co.4 lett. b) Dlgs 124/1998. DDR 161/2011 Cod. 5H1.

Si tratta di prestazione attualmente eseguibile nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti.

PRESTAZIONI RIVOLTE A SOLI SOGGETTI CHE SVOLGONO FUNZIONI DI ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE (ES. BADANTI, ASSISTENTI FAMILIARI)

DGR 3731 del 20/11/2007. DDR 161/2011

Si tratta di un'esenzione per prestazioni finalizzate alla prevenzione della TBC ovvero intradermoreazioni con PPD, Candida, streptochinasi, mumps per test, test di stimolazione linfocitaria. ovvero di prestazioni finalizzate alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili ovvero Treponema Pallidum, Anticorpi (E.I.A.). Cod. 5N1.

IMMIGRATI CHE ACCEDONO IN ITALIA DAI PAESE NORDAFRICANI IN CONSEGUENZA DI EVENTI PER CUI È STATO DICHIARATO LO STATO DI EMERGENZA SUL TERRITORIO NAZIONALE:<sup>18</sup>

-IN POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO PER MOTIVI UMANITARI

Art 20 Dlgs 286/1998, DPCM 12.2.2011, DPCM 5.4.2011. Cod 6E1

-RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE/ASILO

Dlgs 286/1998, DPCM 12.2.2011. Cod 6E2.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI URGENTI O COMUNQUE ESSENZIALI AI CITTADINI EXTRACOMUNITARI NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO E AL SOGGIORNO PRIVI DI RISORSE ECONOMICHE SUFFICIENTI E NON BENEFICIARI AD ALTRO TITOLO DELL'ESENZIONE ALLA SPESA.

Art. 35 co 3 Dlgs 286/1998, art 43 comma 4 DPR 394/1999. Cod X01

PRESTAZIONI DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO CORRELATE A CAMPAGNE DI SCREENING AUTORIZZATE DALLA REGIONE

Art. 1 co. 4 lett. a) del DLgs 124/1998. Cod 5A5, 5A6, 5A7.

- Citologico
- Mammografico
- Colon-retto

DIAGNOSI PRECOCE TUMORI ART 85 CO. 4. L. 388/2000

Oltre alle prestazioni diagnostiche offerte dalle Aziende sanitarie locali nell'ambito delle campagne di screening, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'esecuzione gratuita degli accertamenti per la diagnosi precoce di alcuni tumori (legge 388/2000 art 85 comma 4). In particolare, possono essere eseguiti in esenzione dal ticket:

la mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra 45 e 69 anni; qualora l'esame mammografico lo richieda sono eseguite gratuitamente anche le prestazioni di secondo livello; Cod 5B2

<sup>18</sup> Esenzione per i farmaci vedi sezione "esenzioni per assistenza farmaceutica"

l'esame citologico cervico-vaginale (PAP Test), ogni tre anni, a favore delle donne in età compresa tra 25 e 65 anni; **Cod 5B1**

la colonscopia, ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni. **Cod 5B3**

La prescrizione è effettuata sul ricettario del SSN e deve riportare il relativo codice di esenzione. L'intervallo di tempo indicato per ciascuna prestazione deve essere rispettato anche se il primo accertamento è stato eseguito privatamente.)

#### **ESENZIONE PER DONNE IN EPOCA PRECONCEZIONALE, IN GRAVIDANZA E GRAVIDANZA A RISCHIO**

È un'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per alcune prestazioni specialistiche relative alla maternità, a favore delle donne in epoca preconcezionale (Cod. 400), in gravidanza ordinaria (Cod. da 401 a 441, in base alla settimana, o 490) oppure in caso di gravidanza a rischio (**Cod. 450**).

L'elenco delle prestazioni in esenzione è contenuto nel Decreto ministeriale del 10 settembre 1998

#### **Esenzioni in funzione preconcezionale: prestazioni specialistiche per la donna: (Cod. 400)**

- Consulenza ginecologica preconcezionale
- Anticorpi anti eritrociti [Test di Coombs indiretto]: in caso di rischio di isoimmunizzazione
- Virus rosolia anticorpi (Ig G, Ig M)
- Toxoplasma anticorpi (E.I.A.) (Ig G, Ig M)
- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Resistenza osmotica eritrocitaria (Test di Simmel): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- Hb - emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- Esame citologico cervico vaginale [PAP test]

#### **Esenzioni in funzione preconcezionale: prestazioni specialistiche per l'uomo: (Cod. 400)**

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.: in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- Resistenza osmotica eritrocitaria (Test di Simmel): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- Hb - emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie

#### **Esenzioni in funzione preconcezionale: prestazioni specialistiche per la coppia: (Cod. 400)**

- Virus immunodeficienza acquisita [HIV 1-2] anticorpi
- Gruppo sanguigno ABO e Rh (D)
- Treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantitativa mediante emoagglutinazione passiva) [TPHA]
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (Flocculazione) [VDRL] [RPR]
- 

#### **In caso di abortività ripetuta o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale e su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista (cod. 400)**

- Consulenza genetica
- Ecografia transvaginale

- Isteroscopia (escluso: biopsia con dilatazione del canale cervicale)
- Biopsia del corpo uterino: biopsia endoscopica (isteroscopia) dell'endometrio
- Anticoagulante lupus-like (LAC)
- Anticorpi anti cardiolipina (IgG, IgA, IgM)
- Anticorpi anti microsomi (AbTMS) o anti tireoperossidasi (AbTPO)
- Anticorpi anti tireoglobulina (AbTg)
- Cariotipo da metafasi linfocitarie 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande): alla coppia.

## **Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica (Cod. 4 + settimana di gravidanza)**

### **Esenzioni ticket entro la 13a settimana di gravidanza)**

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indicatori derivati, formula leucocitaria H;
- Gruppo sanguigno ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale;
- Aspartato aminotransferasi (AST) (GOT) [S];
- Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) [S/U];
- Virus rosolia anticorpi: in caso di IgG negative, entro la 17a settimana;
- Toxoplasma anticorpi (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto;
- Treponema pallidum anticorpi (ricerca quantitativa mediante emoagglutinazione passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner;
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (flocculazione) [VDRL] [RPR]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner;
- Virus immunodeficienza acquisita [HIV 1-2] anticorpi;
- Glucosio [S/P/U/dU/La];
- Urine esame chimico fisico e microscopico;
- Ecografi a ostetrica;
- 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 incompatibilit  ABO, il test deve essere ripetuto alla 34a-36a settimana.

### **Esenzioni da 14a a 18a settimane di gravidanza**

- Esame urine chimico, fisico e microscopico
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica

### **Esenzioni ticket da 19a a 23a settimane di gravidanza**

- Esame urine chimico, fisico e microscopico
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica
- Ecografia ostetrica

### **Esenzioni ticket da 24a a 27a settimane di gravidanza)**

- Glucosio [S/P/U/dU/La]
- Urine esame chimico fisico e microscopico
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica

### **Esenzioni ticket da 28a a 32a settimane di gravidanza)**

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indicatori derivati, formula leucocitaria;
- Ferritina [P/(Sg)Er]: in caso di riduzione del volume globulare medio;
- - Urine esame chimico fisico e microscopico;
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica
- - Ecografia ostetrica.

### **Esenzioni ticket da 33a a 37a settimane di gravidanza)**

- Virus epatite B [HBV] antigene HBsAg;
- Virus epatite C [HCV] anticorpi;
- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indicatori derivati, formula leucocitaria;
- Urine esame chimico fisico e microscopico;
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica
- Virus immunodef. acquisita [HIV 1-2] anticorpi in caso di rischio anamnestico.

#### **Esenzioni ticket da 38a a 40a settimane di gravidanza**

- Urine esame chimico fisico e microscopico
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) incluso conta batterica
- 

#### **Esenzioni ticket dalla 41a settimane di gravidanza**

- Ecografia ostetrica su specifica richiesta dello specialista;
- Cardiotocografia su specifica richiesta dello specialista se necessario, monitorare fino al parto
- 

#### **Esenzioni per stato di gravidanza a rischio o patologica (Cod. 450)**

Secondo quanto disposto dal decreto ministeriale 10 settembre 1998, sono esenti dal ticket le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie e appropriate per le condizioni patologiche che comportino rischio materno o fetale e per le quali deve essere attestata, di norma dallo specialista, la diagnosi o il sospetto diagnostico.

Sono comunque esenti dal ticket: le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

#### **Indicazioni alla diagnosi prenatale (specialista)**

Le indicazioni per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

1. presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori: età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche;
2. presenza di un rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologie genetiche.

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

- età materna avanzata (uguale o maggiore a 35 anni)
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato a effetto fenotipico
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente
- probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole Regioni e sottoposti a verifica continua della qualità

## Come si esercita il diritto all'esenzione

---

Per avere diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, la ricetta deve riportare il codice corrispondente alla condizione che dà diritto all'esenzione (per motivi di status e reddito, per patologia, malattia rara, invalidità, ecc)

Se la prestazione erogata è prescritta in una ricetta che non riporta alcun codice di esenzione e quindi il relativo ticket viene pagato, non sarà possibile successivamente richiedere il rimborso del ticket pagato in quanto il documento/ricetta che non riporta il codice esenzione non può essere modificato.

Per quanto riguarda, in particolare, l'esenzione per motivi di reddito (codici di esenzione 7R2, 7R4, 7R5), l'ULSS invia il certificato di esenzione per posta a tutti i cittadini presenti nell'elenco del Ministero dell'Economia e delle Finanze contenente i nomi delle persone aventi diritto all'esenzione.

Dal 7 maggio 2012 è, inoltre, disponibile sul portale della Sanità della Regione Veneto (<https://salute.regione.veneto.it/web/guest/servizi>) un servizio che permette ai cittadini presenti nell'elenco del Ministero dell'Economia e delle Finanze di scaricare autonomamente il certificato per l'esenzione per condizione socio-economica.

Per scaricare il certificato è necessario inserire il proprio Codice Fiscale e il proprio numero Tessera Regionale (cartoncino giallo) e selezionare la Azienda Ulss di assistenza.

Se il cittadino in possesso dei requisiti per l'esenzione non ha ricevuto il certificato o il certificato non è disponibile nel portale Sanità Regione Veneto deve rivolgersi agli sportelli del Distretto sanitario di appartenenza.

Chi ha diritto all'esenzione per disoccupazione non è compreso negli elenchi del Ministero dell'Economia e delle Finanze e quindi deve comunque rivolgersi al Distretto per ottenere il certificato con il codice 7R3. La condizione di disoccupazione deve risultare dagli archivi del Centro Provinciale per l'Impiego.

Inoltre, la Regione del Veneto considera avere diritto all'esenzione il cittadino che:

sia iscritto all'anagrafe del Centro Provinciale per l'Impiego nella categoria disoccupazione;

svolga attività di lavoro subordinato o autonomo e abbia conseguito nell'anno solare precedente all'autocertificazione di disoccupazione un reddito annuo lordo familiare non superiore a € 8.263,31, aumentato a € 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.

Il certificato di esenzione per motivi di status e reddito ha validità fino al 31 marzo dell'anno successivo, salvo diverse disposizioni regionali.

Gli assistiti che ritengono di non avere o di avere perso i requisiti che determinano il diritto all'utilizzo del certificato devono presentare al distretto socio sanitario dell'Azienda Sanitaria una richiesta di annullamento/revoca del certificato stesso e provvedere alla sua restituzione.

Perciò è responsabilità personale avvalersi del diritto all'esenzione solo in presenza delle condizioni sopra indicate.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000 e successive modifiche, le false autodichiarazioni possono essere perseguibili penalmente o amministrativamente

In base al Decreto del Ministero Economia e Finanze 11 dicembre 2009, ove i controlli evidenzino l'insussistenza del diritto all'esenzione alla data della prescrizione, l'Azienda ULSS comunicherà all'assistito l'elenco delle prestazioni fruitte indebitamente in regime di esenzione e il corrispondente ticket dovuto.

**Tabella riassuntiva codici esenzioni per reddito:**

**7R2** (codifica naz. E01) soggetto di età inferiore ad anni 6 o superiore ad anni 65 con reddito complessivo lordo del nucleo familiare non superiore nell'anno precedente a € 36.151,98

**7R3** soggetto disoccupato con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente del nucleo familiare inferiore a € 8.263,31, o inferiore a € 11.362,05 in presenza di coniuge a carico, più € 516,46 per ogni figlio a carico. L'esenzione si estende anche ai familiari fiscalmente a carico.

**7R4** titolare di pensione sociale (codice P.S.) o assegno sociale (codice A.S.) e familiari fiscalmente a carico.

**7R5** soggetto di età superiore a 60 anni titolare di pensione al minimo ovvero di pensione integrata al minimo INPS.

Inoltre il soggetto titolare di pensione al minimo dovrà appartenere ad un nucleo familiare con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31 o inferiore a € 11.362,05 in presenza di coniuge a carico, più € 516,46 per ogni figlio a carico.

**7RQ** soggetto che dichiara di appartenere a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente inferiore a € 29.000 lordi

### Cod 7RQ

---

Da agosto 2011 la normativa prevede che il cittadino non esente paghi per ciascuna impegnativa, oltre al ticket, una quota fissa sulle ricette contenenti prestazioni specialistiche ambulatoriali:

10 euro per i soggetti che appartengono ad un nucleo familiare con reddito lordo complessivo riferito all'anno precedente maggiore o uguale a 29.000 euro;

5 euro per i soggetti che appartengono ad un nucleo familiare con reddito lordo complessivo riferito all'anno precedente inferiore a 29.000 euro.

La riduzione della quota fissa si applica solo ai residenti in Veneto, iscritti all'anagrafe regionale (compresi i cittadini comunitari ed extracomunitari e i cittadini AIRE che hanno avuto l'ultima residenza in un comune del Veneto) per le prestazioni erogate in ambito regionale

La riduzione della quota fissa è effettivamente riconosciuta solo se la ricetta riporta il codice 7RQ, che il Medico deve trascrivere nell'apposito spazio al momento della prescrizione<sup>19</sup>.

Se la prestazione viene erogata a fronte di una ricetta che non riporta il codice 7RQ, l'assistito non può successivamente esercitare il proprio diritto all'applicazione alla quota fissa a 5,00 euro e quindi richiedere il rimborso della differenza della quota fissa di 10,00 applicata dall'erogatore (DM 11 dicembre 2009 art. 5).

I cittadini che ritengono di avere perso i requisiti che determinano il diritto al certificato 7RQ, rilasciato a seguito di certificazione da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze o ottenuto tramite autocertificazione al distretto socio-sanitario dell'Ulss, devono presentare al distretto socio sanitario una richiesta di annullamento/revoca del certificato stesso e provvedere alla sua restituzione.

---

<sup>19</sup> Si precisa che, per le ricette la cui data di prescrizione è anteriore al 1.6.2012 e non riportano il codice 7RQ, è consentito riconoscere la riduzione della quota fissa al momento del pagamento purché l'assistito sia in possesso del certificato o autocertifichi il proprio diritto su apposito modulo.

## ESENZIONE TICKET PRONTO SOCCORSO

---

Gli accessi al Pronto Soccorso ospedaliero classificati come codice bianco alla dimissione sono assoggettati al pagamento della quota fissa di 25 euro e del ticket per le eventuali prestazioni aggiuntive erogate ai fini della diagnosi, con le seguenti esclusioni (DGR 1868 del 15/11/2011):

accessi in Pronto Soccorso per minori di 14 anni, limitatamente alla quota fissa per l'accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket;

accessi e prestazioni erogate a pazienti con diritto all'esenzione dal pagamento del ticket; per i pazienti con diritto all'esenzione per patologia, l'esenzione si applica solo se l'accesso in Pronto Soccorso è da imputarsi a riacutizzazione e/o aggravamento della patologia stessa;

accessi e prestazioni conseguenti ad infortunio sul lavoro;

accessi e prestazioni conseguenti a formale richiesta dell'Autorità Giudiziaria o degli Organi di Pubblica Sicurezza;

accessi effettuati nelle 24 ore successive ad un precedente accesso, purché determinati da richiesta del medico del Pronto Soccorso, in quanto finalizzati alla valutazione clinica definitiva o all'esecuzione di accertamenti non disponibili in precedenza, limitatamente alla sola quota fissa per l'accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket

**ATTENZIONE:** sono assoggettati al pagamento del ticket tutti i pazienti che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima di ritirare la documentazione di chiusura dell'accesso o che lasciano l'ospedale senza rientrare in Pronto Soccorso dopo una prestazione specialistica erogata in altro reparto (Allegato A alla DGR n. 1868 del 15 novembre 2011).

Il pagamento del ticket deve essere effettuato prima di lasciare l'ospedale e la ricevuta va consegnata al Pronto Soccorso.

Merita ricordare che l'accesso al pronto soccorso è regolato secondo codici di priorità (**rosso, giallo, verde, bianco**) definiti da normative nazionali e regionali, attribuiti, dall'operatore addetto al "triage", al paziente sulla base della sintomatologia dichiarata al momento dell'accesso.

L'accesso al pronto soccorso può essere richiesto dal medico di famiglia o di continuità assistenziale, in seguito alla chiamata di un'ambulanza (richiesta attraverso la centrale operativa del 118) o per accesso diretto.

E' importante che le persone non si rechino al pronto soccorso per visite e esami, né per malori che possono essere risolti dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dai medici della continuità assistenziale (Guardia Medica). Il pronto soccorso è una struttura sanitaria dove ci si reca per eventi e traumi che devono essere trattati in condizioni di emergenza medico chirurgica o di urgenza in tempi brevi al fine di evitare possibili aggravamenti.

Il sistema di accoglienza, secondo codici di gravità, consente la priorità di accesso a coloro a cui sono stati assegnati i codici rosso o giallo, e di conseguenza i pazienti con codice verde o bianco vengono visitati in tempi non corrispondenti all'ordine di arrivo.



Il ticket sui farmaci di classe A è pari a 2 euro per confezione, fino a un massimo di € 4,00 per ricetta.

Per farmaci non coperti da brevetto inseriti nel sistema di rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi nella ricetta la non sostituibilità del medicinale, ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello a prezzo più basso a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, il cittadino oltre alla quota fissa, paga la differenza tra il prezzo più alto e quello di rimborso.

I farmaci di classe C sono a totale carico del cittadino.

La prescrizione del Medico su ricettario del servizio sanitario regionale ha validità 30 giorni.

Per le prescrizioni a carico dell'assistito la validità è di 6 mesi per le ripetibili e 30 giorni per le non ripetibili.

Per alcune categorie di cittadini è prevista l'esenzione dal pagamento del ticket della quota fissa di 2 euro per confezione (Decreto Regione Veneto n. 49 del 1 aprile 2009 allegato A):

- **INVALIDI DI GUERRA APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 1A ALLA 5A TITOLARI DI PENSIONE DIRETTA VITALIZIA E DEPORTATI IN CAMPO DI STERMINIO E PERSEGUITATI POLITICI ITALIANI ANTIFASCISTI O RAZZIALI E LORO FAMILIARI SUPERSTITI, TITOLARI DI ASSEGNO VITALIZIO DI BENEMERENZA (Cod 3G1)**
- **INVALIDI DI GUERRA APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 6A ALLA 8A (Cod 3G2)**
- **INVALIDI CIVILI AL 100% CON O SENZA INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (Cod 3C1)**
- **CIECHI ASSOLUTI O CON RESIDUO VISIVO NON SUPERIORE AD 1/10 AD ENTRAMBI GLI OCCHI (Cod 3N1)**
- **GRANDI INVALIDI DEL LAVORO – DALL'80% AL 100% DI INVALIDITÀ (Cod 3L1)**
- **GRANDI INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLA 1° CATEGORIA (Cod 3M1)**
- **DANNEGGIATI DA COMPLICANZE DI TIPO IRREVERSIBILE A CAUSA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONI DI EMODERIVATI (Cod 3T1)**
- **VITTIME DI ATTI DI TERRORISMO E DELLE STRAGI DI TALE MATRICE CON INVALIDITÀ PERMANENTE PARI O SUPERIORE ALL'80%; VITTIME DEL DOVERE E CATEGORIE EQUIPARATE CON INVALIDITÀ PERMANENTE PARI O SUPERIORE ALL'80% (Cod 3V1)**
- **VITTIME DI ATTI DI TERRORISMO E DELLE STRAGI DI TALE MATRICE CON INVALIDITÀ PERMANENTE INFERIORE ALL'80%, NONCHÉ I FAMILIARI DI TUTTI GLI INVALIDI VITTIME DI ATTI DI TERRORISMO E DELLE STRAGI DI TALE MATRICE (INCLUSI I FAMILIARI DEI DECEDUTI) LIMITATAMENTE AL CONIUGE E AI FIGLI E, IN MANCANZA DEI PREDETTI, AI GENITORI;**
- **VITTIME DEL DOVERE E CATEGORIE EQUIPARATE CON INVALIDITÀ PERMANENTE INFERIORE ALL'80%, NONCHÉ I FAMILIARI DI TUTTI GLI INVALIDI VITTIME DEL DOVERE E CATEGORIE EQUIPARATE (INCLUSI I FAMILIARI DEI DECEDUTI) LIMITATAMENTE AL CONIUGE E AI FIGLI E, IN MANCANZA DEI PREDETTI, AI GENITORI; SINDACI VITTIME DI ATTI CRIMINALI NELL'AMBITO DELL'ESPLETAMENTO DELLE LORO FUNZIONI, NONCHÉ I FAMILIARI SUPERSTITI (Cod 3V2)**
- **INVALIDI CIVILI MINORI DI 18 ANNI CON INDENNITÀ DI FREQUENZA (Cod 3C3)**
- **SORDOMUTI – DA INTENDERSI COLORO CHE SONO COLPITI DA SORDITÀ DALLA NASCITA O PRIMA DELL'APPRENDIMENTO DELLA LINGUA PARLATA (Cod 3S1)**
- **PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON FARMACI ANALGESICI OPIACEI UTILIZZATI NELLA TERAPIA DEL DOLORE (Cod 006, 013, 048, 054, TDL)**
- **SOGGETTI IN POSSESSO DI ESENZIONI PER LA MALATTIA RARA (DM 279/01) (Cod DA RANNNN A RQNNNN)**

<sup>20</sup> Vedi: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Farmaceutica/>

- **SOGGETTI IN POSSESSO DI ESENZIONE PER PATOLOGIA CRONICO INVALIDANTE (DM329/99). (COD DA 001 A 056)**
- **SOGGETTI AFFETTI DA SINDROME DI SJOGREN, RESIDENTI IN VENETO, CON REDDITO SUPERIORE A EURO 12.000 E INFERIORE A EURO 29.000 (LR N. 2/2007) (COD 6R3)**
- **ASSISTITI ESENTI PER MOTIVI DI REDDITO (IRPEF) (COD 6R2)**

Dal'entrata in vigore della l.r. n. 13/2012 sarà il **reddito IRPEF** con riferimento all'anno precedente quello cui fare riferimento (non più ISEE) per l'esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica.

E' necessario presentare al proprio medico al momento della prescrizione il proprio certificato (Cod 6R2). L'attestato viene rilasciato dal distretto socio sanitario a seguito di presentazione di autocertificazione da parte del cittadino avente diritto e ha validità di un anno dalla data dell'autocertificazione.

Per ricevere l'attestazione di esenzione l'assistito deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere residente nel territorio del Veneto compresi i cittadini comunitari ed extracomunitari
- i cittadini extracomunitari domiciliati in Italia in possesso di regolare permesso di soggiorno già rilasciato dalla Questura competente o in possesso di rinnovo del permesso di soggiorno
- assistiti italiani residenti all'estero (AIRE) il cui ultimo comune di residenza è stato nella Regione del Veneto.

**Sono esclusi** i soggetti stranieri temporaneamente presenti (STP), europei non iscritti (cod. ENI) e gli assistiti italiani residenti all'estero che non rientrano nella condizione sopra descritta.

Vanno considerati il numero dei componenti del nucleo familiare fiscale, il reddito complessivo riferito all'anno precedente, la composizione del nucleo familiare (individuato secondo le modalità definite con decreto ministeriale 22 gennaio 1993 del Ministro della Sanità) ai fini IRPEF.

Numero componenti	Tipologia nucleo familiare	Reddito complessivo del nucleo familiare ai fini IRPEF soglia di esenzione in euro
1	1 componente	uguale o inferiore a Euro 8.000
2	1 coniuge e 1 familiare a carico	Euro 8.750
	2 coniugi	Euro 12.000
3	1 coniuge e 2 familiari a carico	Euro 9.500
	2 coniugi e 1 familiare a carico	Euro 12.750
4	1 coniuge e 3 familiari a carico	Euro 10.250
	2 coniugi e 2 familiari a carico	Euro 13.500
>4	1 coniuge e almeno 4 familiari a carico	Euro 10.250
	2 coniugi e almeno 3 familiari a carico	Euro 14.250

**Non necessita** del rilascio di un ulteriore attestato di esenzione l'assistito già in possesso di una esenzione che lo esclude dal pagamento della quota fissa di compartecipazione alla spesa farmaceutica per tutti i farmaci (codici esenzione: 3G1, 3L1, 3M1, 3C1, 3C3, 3N1, 3S1, 3V1, 3V2, 6E1, 6E2, F01).

Per ottenere l'attestato (certificato) di esenzione 6R2 è necessario presentare allo sportello del distretto il modulo di autocertificazione compilato, insieme alla fotocopia del documento di identità valido dell'interessato (e dell'eventuale dichiarante se diverso dall'interessato).

La dichiarazione è resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

- Per **nucleo familiare** deve intendersi quello rilevante ai fini fiscali (e non anagrafici), costituito dal beneficiario, dal coniuge non legalmente ed effettivamente separato (anche se non fiscalmente a carico) e dagli altri familiari a carico (D.M. 22 gennaio 1993 Ministero della Sanità).
- Per **reddito "complessivo"** (rilevabile dai modelli CUD, UNICO, 730, 740, ecc.): si considera quello sommando quello di ciascun componente il nucleo al lordo degli oneri deducibili e al netto dei contributi previdenziali obbligatori, compreso il reddito prodotto all'estero. Sono da escludere i redditi a tassazione separata (arretrati di pensione, liquidazione);
- Per **familiari a carico** devono intendersi le persone per le quali, spettano le detrazioni per i carichi di famiglia e vengono identificati nei seguenti soggetti: coniuge non legalmente ed effettivamente separato, figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati con reddito non superiore a € 2.840,51, altri familiari conviventi con reddito non superiore a € 2.840,51 (il coniuge legalmente ed effettivamente separato, i discendenti dei figli, i genitori e gli ascendenti prossimi anche naturali, i genitori adottivi, i generi e le nuore, il suocero e la suocera, i fratelli e le sorelle, anche unilaterali ecc).
- I soggetti, pur conviventi, che dispongano di redditi propri e siano quindi tenuti alla presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini IRPEF, costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi (nota Ministero della Salute del 23 aprile 2002, prot. N. 100/SCPS/RED/4);

in relazione al diritto all'esenzione dei cittadini comunitari ed extracomunitari che sono iscritti al SSN secondo le norme vigenti si ricorda che, ai sensi dell'art. 34 del Testo unico n. 286/1998, è garantita parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani. Pertanto, per tali assistiti, e comunque anche per i cittadini italiani che hanno solo o anche altri redditi dichiarati all'estero è consentita l'autocertificazione. Il reddito da considerare ai fini della verifica del diritto all'esenzione è quello cumulato prodotto in Italia e all'estero.

L'autocertificazione sarà oggetto di verifica, come previsto dal Decreto Ministeriale.

Per fruire dell'esenzione è necessario che il codice di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica (**codice 6R2**) sia stato **riportato nella ricetta** dal Medico **al momento della prescrizione**, ed è quindi necessario essere sempre in possesso del certificato da esibire al Medico.

Nel caso in cui venga a mancare i requisiti per fruire dell'esenzione non deve essere utilizzato il certificato in possesso, indipendentemente dalla data di validità in esso riportata. In generale, è obbligatorio comunicare tempestivamente allo sportello del Distretto dell'ULSS l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione e non ci si deve comunque avvalere del diritto all'esenzione.

Non pagano la quota fissa di 2 Euro per confezione ne' la differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso:

- **INVALIDI DI GUERRA TITOLARI DI PENSIONI VITALIZIE, DEPORTATI IN CAMPO DI STERMINIO, PERSEGUITATI POLITICI ITALIANI ANTIFASCISTI O RAZZIALI E LORO FAMILIARI SUPERSTITI (ART 6 COMMA 1 LETTERA A DEL DM 1.2.1991). (Cod 3G1, 3G2)**

Per ottenere l'attestato di esenzione bisogna rivolgersi al distretto presentando il verbale di invalidità rilasciato dalla Commissione Ministeriale.

- **VITTIME DEL TERRORISMO, DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E DEL DOVERE (E CATEGORIE EQUIPARATE) (Cod. 3V1, 3V2)**

Si tratta di soggetti vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice, vittime del dovere e categorie equiparate, nonché i familiari di tutti gli invalidi vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice e i

familiari di tutti gli invalidi vittime del dovere e categorie equiparate (inclusi i familiari dei deceduti) limitatamente al coniuge e ai figli, e in mancanza dei predetti, ai genitori (l. 302/1990 come modificata da L.206/2004 -ex art 5 co 6 del D.Lgs 124/1998; L. 266/2005 art. 1 co 563 e 564 e dal DPR n. 243 del 7/7/2006). Per ottenere l'attestato di esenzione bisogna rivolgersi al distretto presentando certificato rilasciato dal competente Ministero.

Inoltre per tali categorie di cittadini titolari del codice di esenzione 3G1, 3G2, 3V1, e 3V2 i farmaci di classe C e C bis (farmaci da banco) normalmente a carico del cittadino, sono a carico del SSN purché il medico attesti la comprovata utilità terapeutica. Tali soggetti sono esenti anche per i farmaci di classe A con nota limitativa, per le indicazioni diverse da quelle stabilite dalla nota stessa ma approvate dall'AIFA e riportate nel RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto o scheda tecnica). Il medico deve riportare negli appositi spazi il relativo codice di esenzione e prescrivere questi farmaci, per un massimo di 2 confezioni a ricetta, separatamente dai farmaci di classe A o dall'ossigeno.

## PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE- Codici di accesso e di esenzione

L'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica è limitata a 3 diverse categorie di utenti residenti in Veneto, che si trovano in una delle seguenti situazioni di bisogno, sulla base di distinti e specifici protocolli:

- 1) Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (terapia conservativa 0 - 16 anni e ortognatodonzia fino a 12 anni) con pagamento del ticket, se non sussistono condizioni di esenzione totale, e pagamento del materiale in caso di prestazioni ortodontiche; **Cod 6B1**
- 2) Urgenze infettivo-antalgiche per tutti, con pagamento del ticket se non sussistono condizioni di esenzione totale; **Cod 6U1**
- 3) Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, con pagamento del ticket se non sussistono condizioni di esenzione totale (vedi tabella);

I codici riferiti all'assistenza odontoiatrica sono, perciò, codici di accesso ad alcune prestazioni presenti nel Nomenclatore Tariffario destinate agli utenti indicati ai punti 1), 2), 3).

TAB. Assistenza odontoiatrica e protesica a soggetti "vulnerabili"

Condizione di Vulnerabilità	Codice di esenzione ticket	Esenzione totale	Esenzione parziale	Pagamento Ticket
Invalidi civili al 100%	3C1	SI	-	NO
Invalidi di guerra 1° - 5° cat	3G1	SI	-	NO
Grandi invalidi del Lavoro	3L1	SI	-	NO
Invalidi per servizio 1° Cat	3M1	SI	-	NO
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	3V1, 3V2	SI	-	NO
Disabili ai sensi della L. 104/92	6D1	Nessuna esenzione per prestazioni specialistiche		SI (*)
Reddito ISEE non superiore a € 8.500	6R1	Nessuna esenzione per prestazioni specialistiche		SI (*)
Soggetti affetti da una malattia rara con diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni erogate	Cod esenzione malattia rara	SI	-	NO (**)
Insufficienza cardiaca	021	-	SI	SI(*)
Infezione da HIV	020	-	SI	SI(*)
Soggetti sottoposti a trapianto	052	-	SI	SI(*)
Psicosi	044	-	SI	SI(*)
Neoplasie orali o sistemiche	048	-	SI	SI(*)

Condizione di Vulnerabilità	Codice di esenzione ticket	Esenzione totale	Esenzione parziale	Pagamento Ticket
Tossicodipendenza	014	-	SI	SI(*)
Danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e trasfusioni di emoderivati	3T1	-	SI	SI(*)

Fonte Libro Bianco – coordinamento regionale sul farmaco

(\*) a meno che non sussistano anche condizioni di esenzione totale per età e/o reddito.

(\*\*) l'accesso alle cure odontoiatriche è consentito solo ai soggetti in

possesso della certificazione di malattia rara, rilasciata dal Centro di Riferimento per le malattie rare competente e del corrispondente attestato di esenzione rilasciato dall'Azienda ULSS di residenza. Le cure sono garantite in presenza di gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato ortodontico connessi al quadro clinico della malattia rara diagnosticata, in conformità al piano terapeutico redatto dal Centro.

*LEGGE 7 AGOSTO 2012, N. 135 CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 6 LUGLIO 2012, N. 95, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA CON INVARIANZA DEI SERVIZI AI CITTADINI. (GU N. 189 DEL 14-8-2012 - SUPPL. ORDINARIO N.173)*

Entrata in vigore del provvedimento: 15/08/2012.

Prevede "dopo il comma 11, e' inserito il seguente:

«11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, e' tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola **denominazione del principio attivo** contenuto nel farmaco. Il medico ha **facoltà** di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione e' vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non **sostituibilità** di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12»;

Nei casi sopra specificati, il medico dovrà sempre indicare sulla ricetta la denominazione del principio attivo del farmaco. Tale indicazione (accompagnata, ovviamente, dagli altri elementi identificativi del medicinale: dosaggio, forma farmaceutica e, se necessaria, via di somministrazione) è necessaria e sufficiente per ottenere la consegna, da parte del farmacista, del medicinale con onere a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il farmacista, in base a quanto stabilito dalle norme già in vigore (articolo 11, c. 12, del decreto-legge n. 1/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 27/2012), è tenuto a fornire al paziente il medicinale avente il prezzo più basso fra quelli a base del principio attivo indicato dal medico.

Se più medicinali hanno il prezzo più basso, potrà essere consegnato uno qualsiasi di essi, eventualmente secondo la preferenza dell'assistito. Resta ferma la possibilità dell'assistito di chiedere al farmacista un farmaco a prezzo più alto, ma in questo caso egli dovrà corrispondere al farmacista una somma pari alla differenza fra i due prezzi.

Nel prescrivere il medicinale destinato alla cura di una malattia cronica di un nuovo paziente o alla cura di un nuovo episodio di malattia non cronica, il medico ha facoltà di aggiungere all'indicazione del principio attivo, sempre obbligatoria, l'indicazione di un farmaco specifico a base di quel principio attivo (e cioè un medicinale con nome di fantasia o un medicinale con denominazione generica, costituita dalla denominazione del

principio attivo seguita dalla denominazione del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco). Questa semplice aggiunta dell'indicazione di uno specifico medicinale, tuttavia, non è vincolante per il farmacista, che dovrà, invece, attenersi alle richiamate norme del decreto-legge n. 1 /2012. Egli, quindi, consegnerà il medicinale specificato dal medico soltanto se questo ha il prezzo più basso fra i prezzi dei medicinali in commercio di uguale composizione. Se il medicinale specificato in ricetta ha un prezzo più alto, il farmacista dovrà sempre consegnare all'assistito uno dei farmaci di uguale composizione avente il prezzo più basso (fatta salva la ricordata possibilità del paziente di chiedere la consegna del farmaco a prezzo più alto, previa corresponsione della differenza fra i due prezzi).

La nuova disciplina conferma la che il medico, nell'indicare nella ricetta, dopo la denominazione del principio attivo, la specificazione di un determinato medicinale, aggiunga una clausola di “**non sostituibilità**” del medicinale specificato. Il medico, tuttavia, sarà tenuto a **motivare** nella ricetta stessa le ragioni dell'apposizione di detta clausola. Soltanto quando è presente tale motivazione la ricetta contenente la clausola di non sostituibilità potrà ritenersi conforme alla previsione normativa e potrà legittimare, pertanto, la consegna all'assistito del medicinale indicato dal medico, previa corresponsione da parte del cliente della eventuale differenza fra il prezzo del medicinale e il prezzo di rimborso stabilito, per i medicinali di quella composizione, dall'Agenzia italiana del farmaco.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è responsabile della tutela della salute del cittadino che lo ha scelto svolgendo nei suoi confronti compiti di medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria.

### Come si sceglie il proprio medico di fiducia?

Ci si rivolge all'ufficio anagrafe sanitaria del distretto socio sanitario preferibilmente a quello di residenza. Il cittadino ha diritto di scegliere un MMG operante nel proprio Comune oppure in uno dei Comuni afferenti allo stesso distretto e facenti parte della stessa ulss.

La documentazione da portare varia in base alla specifica situazione dell'utente (residente, domiciliato, straniero, nuovo nato ecc....)

### Prestazioni totalmente gratuite

Le prestazioni mediche erogate dal MMG totalmente gratuite sono:

- visita medica ambulatoriale e domiciliare;
- prescrizione di farmaci;
- richieste di visite specialistiche ed analisi<sup>21</sup>
- proposte di ricovero ospedaliero o in strutture extraospedaliere;
- proposte di cure termali;
- assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non deambulanti;
- assistenza programmata nei confronti di soggetti non autosufficienti ospiti di Centri Servizi per anziani non autosufficienti;
- assistenza domiciliare integrata;
- prestazioni aggiuntive di particolare impegno professionale (cicli di endovenose o fleboclisi, medicazioni, suture, rimozione punti, etc.);
- certificati di malattia per i lavoratori dipendenti;
- certificati di idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica;
- certificato di rientro a scuola per studenti della scuola dell'obbligo.

### Corretto rapporto con il proprio medico

Per ogni problema sanitario il cittadino ha come punto di riferimento il proprio medico di fiducia; può ricorrere direttamente al pronto soccorso e agli ambulatori specialistici per reali motivi di necessità.

E' importante non richiedere su autonoma valutazione al proprio medico prescrizione di farmaci, visite specialistiche ed esami: il medico sa cosa deve prescrivere e quando è opportuno farlo per il bene del paziente.

---

<sup>21</sup> Gli assistiti possono accedere alle strutture pubbliche senza la richiesta del medico di medicina generale/pediatra, per le specialità di: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, neuropsichiatria infantile, oculistica (limitatamente alla misurazione della vista)



Il medico è responsabile sul piano professionale, amministrativo e penale dei farmaci che prescrive ai propri assistiti, per cui:

- può prescrivere farmaci inseriti nel Prontuario Farmaceutico Nazionale solo per le specifiche malattie per le quali il farmaco è stato sperimentato ed approvato;
- può prescrivere farmaci anche in difformità da quelli prescritti dagli specialisti o dai reparti ospedalieri;
- deve prescrivere i farmaci a carico del S.S.N. tenendo conto dei vincoli e limitazioni previsti dal Ministero della Sanità (note C.U.F.).

### **Visite mediche ambulatoriali**

Lo studio del MMG deve essere accessibile e con orario congruo al numero di pazienti almeno cinque giorni oppure quattro giorni alla settimana nelle forme di medicina di gruppo (qualora il quinto giorno sia impegnato da parte del MMG in altre attività previste dal ACN) secondo un orario che egli stabilisce e che deve essere esposto all'ingresso dell'ambulatorio. Le visite nello studio medico, salvo i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

### **Visite mediche domiciliari**

Per i malati non trasferibili a giudizio del medico la visita viene eseguita a domicilio. Qualora la richiesta pervenga al medico entro le ore 10.00, la visita deve essere eseguita nel corso della stessa giornata; se invece la richiesta viene inoltrata dopo le ore 10.00, la visita a domicilio deve essere effettuata entro le ore 12.00 del giorno successivo.

Le richieste urgenti, ricevute dal medico, devono essere soddisfatte nel più breve tempo possibile.

Nella giornata di sabato il medico può non svolgere attività ambulatoriale, ma deve effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10.00 dello stesso giorno nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore 10.00 del giorno precedente.

### **Visite mediche occasionali**

I cittadini che hanno necessità di un medico, ma che si trovano occasionalmente fuori dal proprio Comune di residenza, possono rivolgersi ad un MMG del luogo, pagando una tariffa predefinita per visita ambulatoriale o domiciliare. In alcuni casi tale tariffa può essere rimborsata dall'ULSS di residenza dell'assistito.

### **Assistenza ai cittadini non residenti con domicilio sanitario nella ulss 12**

I cittadini che per motivi assistenziali, di lavoro o studio soggiornano per un periodo superiore a tre mesi in un Comune diverso da quello di residenza possono scegliere un MMG del luogo, previa specifica richiesta.

**URP, UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

Urp Mestre ☎ 041 9658885-6-7

Urp Venezia ☎ 041 5294588

✉ [urp@ulss12.ve.it](mailto:urp@ulss12.ve.it)

**Strutture sanitarie pubbliche:**

Ospedale dell'Angelo, Mestre via Paccagnella 11 ☎ 041 9657111

Ospedale Ss. Giovanni e Paolo, Castello Venezia ☎ 041 5294111

**I distretti sociosanitari**

1. Centro storico, Dorsoduro 1454 (ex Giustinian)

☎ 041 5294024 ✉ [dist1.gbg@ulss12.ve.it](mailto:dist1.gbg@ulss12.ve.it)

2. Venezia insulare ed estuario, piazzale Ravà 1 Lido

☎ 041 5295301 ✉ [distretto2@ulss12.ve.it](mailto:distretto2@ulss12.ve.it)

3. Mestre Centro- Sud, via Cappuccina 129

☎ 041 2608114, ✉ [dist3.capp@ulss12.ve.it](mailto:dist3.capp@ulss12.ve.it)

4. Mestre Nord-Marcon-Quarto d'Altino, vicolo della Pineta 32 Carpenedo

☎ 041 2608262 ✉ [dist4.favaro@ulss12.ve.it](mailto:dist4.favaro@ulss12.ve.it)

**Dipartimento di prevenzione:**

piazzale S. Lorenzo Giustiniani Mestre ☎ 041 2608406 ✉ [diprev@ulss12.ve.it](mailto:diprev@ulss12.ve.it)