

# DISCIPLINA DELLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

1

## PREMESSA

Vengono di seguito riportate le norme nazionali che disciplinano la partecipazione alla spesa sanitaria.

**Attenzione:** Ogni regione può modificare le indicazioni nazionali, attivando differenti forme di compartecipazione a carico degli assistiti, compresi quelli a qualsiasi titolo esenti (Art. 79, Legge 133/08).

**Le esenzioni reali sono dunque quelle definite in ogni singola regione.**

## A) ESENZIONI PER LE VISITE SPECIALISTICHE E LE INDAGINI ED ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI E DI LABORATORIO

### 1. CATEGORIE DI CITTADINI ESENTI DEFINITE DAL MINISTERO DELLA SALUTE

#### ESENZIONI GENERALI

- Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro;
- Titolari di pensioni sociali e loro familiari;
- Disoccupati e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- Invalidi civili ed invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3;
- Invalidi civili con indennità di accompagnamento;
- Ciechi e sordomuti;
- Ex deportati nei campi di sterminio nazista;
- Vittime di atti di terrorismo o di criminalità organizzata.

#### ESENZIONI CORRELATE ALLA PATOLOGIA

- Invalidi di guerra e per servizio, appartenenti alle categorie dalla VI alla VII;
- Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore a 2/3;
- Coloro che abbiano riportato un infortunio o una malattia professionale;
- Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla L. 210/92;
- I cittadini affetti dalle forme morbose croniche o invalidanti individuate dai DM 329/99 e 296/01, con esenzioni secondo le modalità stabilite dai due decreti citati;
- I cittadini affetti dalle malattie rare previste nel DM 279/01.

### 2. PRESCRIZIONI

Per gli esami di laboratorio ciascuna ricetta può contenere fino a 8 prestazioni.

Per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, ciascuna ricetta può contenere fino a 3 prestazioni terapeutiche, per un massimo di 36 sedute.

### 3. I TEMPI DI ATTESA

Per gli esami di laboratorio generalmente non è necessaria la prenotazione.

Per le visite specialistiche ed altri esami diagnostici, è necessaria la prenotazione.

Priorità della prescrizione, come da Decreto Ministeriale del 17 marzo 2008:

a) le prenotazioni sono classificate con 4 codici di priorità, che possono essere indicati dal medico curante sulla richiesta:

- U (Urgente) – la prestazione deve essere garantita entro 72 ore;
- B (Breve) – la prestazione deve essere garantita entro 10 giorni;
- D (Differibile) – per la prima visita specialistica la prestazione deve essere garantita entro 30 giorni; per gli accertamenti specialistici, la prestazione deve essere garantita, invece, entro 60 giorni;

- F (Programmata) – la prestazione non ha scadenza di tempo predefinita.
  - b) le indicazioni generali riportate al punto a), vengono applicate in ogni regione attraverso accordi regionali con le associazioni rappresentative dei medici di famiglia.
- La riabilitazione ha tempi standard specifici definiti con norme regionali.  
Le visite di controllo e gli screening non rientrano in nessun codice di priorità.

#### 4. COMPARTICIPAZIONE (TICKET)

Per le prestazioni diagnostiche e specialistiche esistono due tipi di compartecipazione:

- una quota fissa per ricetta
- una quota per le prestazioni fino a un massimo di 36,5 euro

**Attenzione:** A questa quota è stato recentemente aggiunto un nuovo ticket di 10 euro, che però le regioni hanno applicato in modo diversificato.

#### COME USUFRUIRE DELLE ESENZIONI

- L'avente diritto per reddito deve comunicarlo al momento della prenotazione e compilare un'autocertificazione che andrà consegnata allo sportello al momento della prestazione.
- L'avente diritto per patologia o per invalidità deve rivolgersi all'ASL di appartenenza con la documentazione riguardante la patologia o l'invalidità. Gli verrà consegnato un documento di esenzione, sul quale è indicato un codice che il medico curante dovrà apporre sempre sulle ricette rosa del Servizio Sanitario Nazionale.

**Nota:** Per i soggetti in insufficienza renale cronica, in attesa di trapianto, trapiantati o donatori di rene:

- le indicazioni operative per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare sono contenute nella Circolare del Ministero della Salute 13 dicembre 2001 n. 13 e nel DM 116/2010;
- l'utilizzo dei codici è indicato nella tabella 1 riassuntiva, riportata in fondo alla scheda.

## B) ESENZIONI PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

### 1. CLASSIFICAZIONE E DISTRIBUZIONE DEI FARMACI

**Classe A**, farmaci (essenziali o per patologie croniche) a carico totale del Servizio Sanitario Nazionale forniti ai cittadini dietro prescrizione medica come previsto dal D. Lgs. N. 219/06.

La richiesta è redatta su ricettario "rosa", che ha validità massima di 30 giorni e può contenere l'indicazione di:

- I. un massimo di 2 specialità diverse o 2 confezioni dello stesso farmaco, ad eccezione degli antibiotici monodose, dei medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi e degli interferoni per soggetti con epatite cronica;
- II. un massimo di 3 pezzi, e comunque per un periodo non superiore a 60 giorni di terapia, per pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di trattamenti prolungati nel tempo;
- III. un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia della durata massima di 30 giorni, per farmaci analgesici oppiacei usati nella terapia del dolore.

**Classe C**, farmaci a totale carico del cittadino, venduti sia con presentazione di prescrizione medica redatta su carta intestata "bianca", sia senza prescrizione (es. farmaci da banco).

Sono eccezionalmente esenti dal pagamento dei farmaci in fascia C:

- i pensionati di guerra dalla I alla VIII categoria (codici di esenzione G 01 e G 02) titolari di pensione diretta vitalizia, qualora il medico di famiglia attesti la comprovata utilità terapeutica per l'assistito ai sensi della Legge 203/2000;
- i soggetti ai quali è stato riconosciuto il diritto all'esenzione per malattie rare, ai sensi del Decreto Ministeriale 18 maggio 2001 n. 279;
- le vittime del terrorismo di cui all'articolo 4 della Legge 206/2004 che hanno subito per atti di terrorismo un'invalidità permanente pari o superiore all'80% (codice di esenzione V 01.2), purché il medico curante ne attesti la necessità. Questa esenzione riguarda esclusivamente le vittime e non i loro familiari.

**Classe H**, farmaci di esclusivo uso ospedaliero. Possono essere utilizzati solo in ospedale o distribuiti (attraverso la prescrizione di un "piano terapeutico") da parte delle Aziende Sanitarie Ospedaliere o Territoriali. Vi sono farmaci di classe H non strettamente riservati all'ospedale, che possono – con normativa regionale – essere distribuiti direttamente dalle farmacie territoriali.

## 2. ULTERIORI SPECIFICAZIONI

### a) Farmaci generici e biosimili

I farmaci a brevetto scaduto possono essere prodotti a prezzi inferiori, ma con equivalenza farmacologica o uguale indicazione terapeutica, e sono prescritti dal medico con le stesse modalità dei farmaci di “marca”.

- Se sono in (classe A) con ricetta “rosa” del Servizio Sanitario Nazionale.
- Se sono in (classe C) con ricetta “bianca”.

L’art. 7, comma 1, della Legge 405/2001 stabilisce che il farmacista deve informare il cittadino sulla possibilità di sostituire il medicinale di “marca” con il corrispondente farmaco generico o biosimile e che la differenza di prezzo tra farmaco generico e farmaco prescritto sarà a carico del paziente.

La sostituzione non è possibile qualora il medico apponga sulla ricetta l’indicazione “non sostituibile”, ma il cittadino è comunque tenuto a pagare la differenza di prezzo.

Anche il farmaco generico può avere un prezzo più elevato rispetto al prezzo di riferimento (rimborso) stabilito dall’AIFA. La differenza di prezzo è sempre a carico del cittadino.

### b) Medicinali non soggetti a prescrizione medica

Medicinali di automedicazione o da banco, prodotti farmaceutici acquistati senza ricetta medica e di cui è consentita la pubblicità. Possono essere utilizzati con il supporto e il consiglio del farmacista.

Quando si acquista un farmaco che non ha bisogno di ricetta medica, il farmacista è tenuto a informare il cittadino dell’eventuale possibilità di scegliere il prodotto meno costoso con lo stesso principio attivo.

### c) Farmaci soggetti a note

Alcuni farmaci iscritti in “classe A” hanno limitazione di prescrivibilità: sono gratuiti solo in particolari condizioni inserite nelle cosiddette “note”, che indicano le patologie e gli ambiti terapeutici entro cui è possibile prescriberli a carico del S.S.N.

Le “note” non sono soggette a variazioni regionali. Sono definite e periodicamente aggiornate o revisionate dall’AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

#### Attenzione:

**Se un medico ritiene necessario prescrivere un farmaco senza rispettare le limitazioni imposte dalle note, questo farmaco è a carico del cittadino.**

## 3. COMPARTICIPAZIONE (TICKET)

Tra le scelte di compartecipazione alla spesa sanitaria il ticket sui farmaci è la misura più regionalizzata. La normativa in vigore, infatti, stabilisce che ogni Regione per far fronte al proprio disavanzo sanitario può adottare, tra i vari interventi, misure mirate al contenimento della spesa farmaceutica.

Per i farmaci di classe A esistono due tipi di compartecipazione:

- 1) una quota fissa per ricetta;
- 2) una quota per confezione che può variare per il tipo di farmaco (es. antibiotico monodose, interferone per soggetti con epatite cronica) e per alcune patologie croniche.

**Nota:** La quota per confezione non si paga sugli analgesici oppiacei usati nella terapia del dolore.

## 4. ESENZIONI

I farmaci hanno specifiche esenzioni. Molte di queste sono stabilite da norme regionali (es. reddito, condizione sociale ecc...).

Nota: Le esenzioni legate alla invalidità e alla patologia sono indicate a livello nazionale, ma possono essere differenziate rispetto alla quota fissa per ricetta e alla quota per confezione. Anche per queste esenzioni, in base al già citato art. 79 L. 133/2008, le regioni possono richiedere compartecipazioni ai cittadini, **compresi quelli a qualsiasi titolo esenti.**

**Attenzione:** Nell’esenzione per patologia va comunque pagata la quota fissa per ricetta.

L’invalido al 100% e il minore di anni 18 che usufruisce dell’indennità di frequenza hanno esenzione totale (quota fissa sulla ricetta e quota per confezione).

#### Riferimenti normativi

Il complesso delle norme sono consultabili sul sito web del Ministero <http://www.salute.gov.it>

# TABELLA RIASSUNTIVA

## CODICI DI ESENZIONE E LORO UTILIZZO

### Premessa

Di seguito sono indicati i codici di interesse dei nefropatici in insufficienza renale cronica e dei trapiantati

### CODICI DI ESENZIONE PER INVALIDITÀ CIVILE

- C01 - invalidità al 100%
- C02 - invalidità al 100% + Accompagnamento
- C03 - invalidità dal 67% al 99%
- C04 - minori di anni 18 con indennità di frequenza

### CODICI DI ESENZIONE PER PATOLOGIA

- 023 - insufficienza renale cronica in terapia sia conservativa sia sostitutiva dialitica.

Lo stesso codice comprende tre diversi stati clinici che hanno esenzioni differenti:

- insufficienza renale cronica;
- insufficienza renale cronica per la quale è indicato (*ma non ancora attuato*) il trattamento dialitico;
- insufficienza renale cronica in terapia dialitica;
- 050 - in attesa di trapianto;
- 052 - trapianto d'organo.

### CODICI DI ESENZIONE PER DONAZIONE

- T01 - codice di esenzione per donazione da vivente di organi e tessuti.

## UTILIZZO

### 1. CODICI DI INVALIDITÀ

- i codici di invalidità C01, C02, C04 danno diritto all'esenzione totale per le prescrizioni diagnostico-specialistica e sul farmaco, compresa la quota fissa per ricetta;
- il codice C03 non dà diritto ad esenzioni particolari sulla medicina specialistica e diagnostica, ma concede l'esonero dal ticket sul farmaco limitatamente alla quota per confezione, a meno di diverse deliberazioni regionali.

### 2. CODICI PER PATOLOGIA

#### a) Prestazioni diagnostiche:

- nei primi due stadi di insufficienza renale il codice per patologia 023 dà diritto all'esenzione solo per quelle analisi e indagini strettamente correlate alla patologia renale e alle indagini o interventi in preparazione del trattamento dialitico;
- nel terzo stadio di insufficienza renale (terapia dialitica extracorporea o peritoneale) il codice 023 dà diritto all'esenzione totale, che comprende **“tutte 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”**;
- il codice 052 (trapianto) dà diritto all'esenzione totale per tutti gli accertamenti diagnostici e visite specialistiche;
- il codice 050 (soggetto in attesa di trapianto) è equivalente allo 052 per la diagnostica, ad esclusione della quota fissa sulla ricetta. Per i farmaci è equivalente al codice 023, terzo stadio.

#### b) Farmaceutica:

- i codici per patologia 023 e 052 danno diritto alla sola esenzione dal ticket per confezione, ma non da quello previsto per la ricetta.

### 3. CODICE PER DONAZIONE

- il codice T01 esenta tutte le prestazioni connesse alle attività di donazione d'organo, comprese quelle finalizzate ai controlli sanitari dopo la donazione.

**Attenzione: si rammenta che ogni regione può modificare le indicazioni nazionali.**