

Dal sito del MINISTERO DELLA SALUTE

Il ticket

Il ticket, introdotto in Italia fin dal 1982, rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o “partecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

Le prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per le quali è **previsto il pagamento del ticket** sono:

1. le visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;
2. le prestazioni eseguite in pronto soccorso che non rivestono carattere di emergenza o urgenza (codici bianchi), non seguite da ricovero;
3. le cure termali.

Invece, le prestazioni per le quali **non è previsto il pagamento del ticket** sono:

1. gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva promossi o autorizzati con atti formali della Regione (ad esempio, la mammografia per la diagnosi precoce del tumore della mammella, il PAP test per il tumore della cervice uterina, la ricerca del sangue occulto nelle feci per il tumore del colon-retto);
2. gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica necessarie per la tutela della salute collettiva, obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di situazione epidemiche (ad esempio, gli esami su coloro che entrano o sono entrati in contatto con persone affette da malattie infettive e contagiose);
3. le prestazioni del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
4. i trattamenti erogati nel corso di un ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, inclusi i ricoveri in reparti o strutture di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e gli esami strettamente e direttamente collegati al ricovero programmato, preventivamente erogate dalla medesima struttura (la visita dell’anestesista, la RX del torace, l’elettrocardiogramma, la rimozione dei punti, ecc.), ai sensi dell’art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662.
5. gli alimenti destinati a categorie particolari (es. alimenti senza glutine alle persone affette da celiachia) e dispositivi medici per persone affette da diabete (aghi, strisce reattive, penne pungidito, misuratori della glicemia, ecc.);
6. le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici destinati alle persone con disabilità.

Il ticket **non è previsto nemmeno sulle prestazioni erogate in situazioni di particolare interesse sociale**, quali:

1. la tutela della maternità, limitatamente alle prestazioni definite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;
2. la prevenzione della diffusione dell’infezione da HIV, limitatamente all’accertamento dello stato di infezione, in favore dei soggetti appartenenti a categorie a rischio, con comportamenti a rischio o incidentalmente esposti a rischio di infezione;
3. la promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse all’attività di donazione;

4. la tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210, limitatamente alle prestazioni ivi indicate;
5. i vaccini per le vaccinazioni incluse nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale per le persone identificate come destinatarie.

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, esami strumentali, esami di laboratorio, prestazioni terapeutiche e di riabilitazione effettuate in ambulatorio), il ticket per l'assistito è pari alla tariffa della prestazione, fino al tetto massimo di 36,15 euro per ricetta (fatti salvi gli assistiti che godono di esenzione).

Al ticket si deve aggiungere una quota fissa di 10 euro sulla ricetta, ma alcune Regioni hanno adottato misure alternative o hanno variato l'importo della quota fissa in aumento o in diminuzione. Il Decreto legge n. 347/2001, recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" convertito con la Legge n. 405/2001, prevede, infatti, che le Regioni possano coprire eventuali disavanzi di gestione con l'introduzione di ulteriori misure di partecipazione alla spesa.

Con una ricetta possono essere prescritte fino ad otto prestazioni della stessa branca specialistica, fatta eccezione per le prestazioni di fisioterapia.

Le tariffe nazionali di riferimento in vigore sono quelle individuate dal Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 ma molte Regioni hanno adottato proprie tariffe (consultabili sui portali delle Regioni).

Prestazioni di pronto soccorso

La legge prevede il pagamento di un **ticket** (il cui importo varia regionalmente) per le prestazioni erogate in Pronto soccorso ospedaliero classificate con **codice "bianco"** (prestazioni non urgenti, paziente in condizioni non critiche ad eccezione di traumi ed avvelenamenti acuti) **non seguite** da ricovero.

Sono **esclusi dal pagamento** i minori di 14 anni e gli assistiti che godono di esenzione.

Il ticket non è previsto per le prestazioni erogate a pazienti cui è stato attribuito:

- Codice "rosso" - paziente molto critico
- Codice "giallo" – paziente mediamente critico
- Codice "verde" – paziente poco critico

Per approfondire, consulta l'area tematica "118 e pronto soccorso".

Farmaci

Dal 2000 è stata abolita, a livello nazionale, ogni forma di partecipazione degli assistiti per l'assistenza farmaceutica; dunque, non è previsto alcun ticket e i farmaci sono totalmente gratuiti oppure totalmente a pagamento (classe C). La maggior parte delle Regioni, tuttavia, per fare fronte al proprio disavanzo, hanno introdotto sui farmaci di fascia A specifiche forme di partecipazione alla spesa farmaceutica (ticket), che in genere consistono in una quota fissa per ricetta o per confezione. Le stesse Regioni hanno individuato alcune categorie o i soggetti esenti. **La Sardegna non ha introdotto la quota fissa per ricetta o per confezione.**

Farmaci generici o equivalenti

Un discorso a parte va effettuato per i farmaci “di marca” per i quali esiste in commercio il corrispondente “generico” o “equivalente”, vale a dire un prodotto di uguale composizione, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e indicazioni terapeutiche uguali.

Se il cittadino chiede il medicinale “di marca” invece del “generico” dovrà pagare la differenza tra il prezzo del medicinale richiesto e il prezzo di rimborso del “generico”.

Le esenzioni dal ticket

Per le prestazioni sanitarie che prevedono il pagamento di un ticket, gli assistiti hanno diritto all'esenzione (per alcune o per tutte prestazioni) nei seguenti casi:

- in particolari situazioni di **reddito** associate all'età o alla condizione sociale;
- in presenza di determinate patologie (**croniche** o **rare**);
- in caso di riconoscimento dello stato di **invalidità**;
- in altri casi particolari (**gravidanza, diagnosi precoce di alcuni tumori, accertamento dell'HIV**).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le **malattie croniche** sono “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”. Per alcune di esse il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede la possibilità di usufruire in esenzione dal ticket di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, finalizzate al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti (Decreto ministeriale 329/99 e successive modifiche). Le malattie e le condizioni che danno diritto all'esenzione sono individuate in base ai criteri dettati dal Decreto legislativo 124/98 (gravità clinica, grado di invalidità e onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento).

L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017 e sostituisce il precedente.

Il **nuovo elenco** delle malattie o condizioni esenti e delle relative prestazioni alle quali si ha diritto si trova nell'allegato 8 al DPCM. E' inoltre disponibile una **banca dati** per la ricerca.

Per la maggior parte delle malattie vengono individuate una serie di specifiche prestazioni fruibili in esenzione (pacchetto prestazionale), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, **che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti**. Il medico sceglierà tra queste quali prescrivere nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di efficacia, in relazione alle condizioni cliniche e alle esigenze assistenziali del singolo paziente.

Per alcune particolari malattie e condizioni le prestazioni non sono identificate puntualmente perché le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. In questi casi, a garanzia di una migliore tutela del paziente e di una maggiore flessibilità assistenziale, il prescrittore le individuerà di volta in volta, sempre secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, in relazione alle necessità cliniche.

Le principali novità del Decreto 12 gennaio 2017

Il nuovo elenco conta complessivamente 64 codici di esenzione, corrispondenti a patologie e condizioni.

Sono state introdotte **6 nuove patologie esenti**:

- bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (stadi clinici “moderato”, “grave” e “molto grave”)
- osteomielite cronica
- patologie renali croniche
- rene policistico autosomico dominante
- endometriosi (stadi clinici III e IV)
- sindrome da talidomide

Vengono spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare:

- malattia celiaca
- sindrome di Down
- sindrome di Klinefelter
- connettiviti indifferenziate

Viceversa, due patologie già esenti come malattie croniche vengono spostate tra le rare:

- sclerosi sistemica progressiva
- miastenia grave

La condizione “Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)” (codice esenzione 052) viene modificata in “Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo, intestino)” comprendendo anche i trapiantati di intestino, prima esclusi. Tra le nuove condizioni esenti viene inserita quella di “Soggetti donatori di organo” (codice esenzione 058), che consentirà a questi ultimi di usufruire in regime di esenzione di tutte le prestazioni sanitarie appropriate per valutare la funzionalità dell'organo residuo.

Infine, il nuovo elenco prevede che l'esenzione per “ipertensione arteriosa” venga suddivisa in due codici:

1. 0A31 IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
2. 0031 IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO.

Tale suddivisione consente di individuare meglio le prestazioni da concedere in esenzione per il monitoraggio della patologia, in relazione alle diverse esigenze assistenziali, e consente di dare a ciascun assistito ciò di cui ha effettivamente bisogno.

Come ottenere l'esenzione

L'esenzione deve essere richiesta all'Azienda sanitaria locale (ASSL) di residenza, presentando una certificazione che attesti la presenza di una o più malattie incluse nell'elenco, rilasciata da una struttura ospedaliera o ambulatoriale pubblica. A tale fine, sono validi anche:

- copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica;
- copia del verbale di invalidità;
- copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda sanitaria locale di residenza;
- certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari;
- certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

Sulla base di tale certificazione, l'Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, nel rispetto della tutela dei dati personali, rilascia un attestato (**attestato di esenzione**) che riporta la definizione della malattia o condizione con il relativo codice identificativo e le prestazioni fruibili in esenzione.

Durata dell'attestato di esenzione

Per alcune malattie e condizioni, **Regioni e Province autonome** hanno autonomamente previsto attestati di durata limitata, sulla base di criteri clinici o organizzativi.

I nuovi periodi di validità dell'attestato di esenzione per le malattie croniche e invalidanti sono stati pubblicati con il **Decreto 23 novembre 2012** "Definizione del periodo minimo di validità dell'attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie".

Gli attestati di esenzione, rilasciati o rinnovati dalle ASL, **non potranno avere una validità inferiore a quella fissata nell'allegato 1 al Decreto.**

Malattie rare

Le malattie rare (MR) sono patologie gravi, invalidanti, che colpiscono un numero ridotto di persone, con una prevalenza inferiore al limite stabilito a livello europeo di 5 casi su 10.000 abitanti. A causa della rarità, sono spesso difficili da diagnosticare e prive di terapie specifiche. Dal 2001, con l'approvazione del Decreto ministeriale n. 279/2001, le persone affette da malattie rare hanno diritto all'esenzione dal ticket.

Le malattie rare che danno diritto all'esenzione sono state individuate in base ai seguenti criteri generali (Decreto legislativo 124/1998):

- rarità (riferita al limite di prevalenza $< 5/10.000$ abitanti stabilito a livello europeo);
- gravità clinica;
- grado di invalidità;
- onerosità della quota di partecipazione (derivante dal costo del relativo trattamento).

Si è tenuto conto, inoltre, di due ulteriori criteri specifici: la difficoltà di formulare la diagnosi e la difficoltà di individuare le prestazioni adeguate alle necessità assistenziali spesso complesse. Un'attenzione particolare è stata posta alla difficoltà di diagnosi, a causa della scarsa conoscenza della maggior parte delle MR da parte dei medici che dovrebbero individuare il percorso diagnostico.

L'esenzione dal ticket è garantita su:

- tutte le prestazioni appropriate ed efficaci per il trattamento e il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti;

inoltre, in considerazione dell'onerosità e della complessità dell'iter diagnostico per le malattie rare:

- le prestazioni finalizzate alla diagnosi, eseguite presso i Presidi della Rete nazionale sulla base di un **sospetto diagnostico formulato da uno specialista del SSN**;
- **le indagini genetiche sui familiari dell'assistito** eventualmente necessarie per diagnosticare, all'assistito, una malattia rara di origine genetica. Infatti, la maggior parte delle malattie rare è di origine genetica e il relativo accertamento richiede indagini, a volte sofisticate e ad elevato costo, da estendere anche ai familiari della persona affetta.

L'elenco delle malattie rare esenti dalla partecipazione al costo è stato ampliato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA e sostituisce il precedente.

- Consulta il **nuovo elenco (allegato 7 al DPCM)** delle malattie esenti e delle relative prestazioni alle quali si ha diritto. Puoi anche effettuare la ricerca nella **banca dati**.

Le nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi **sono entrate in vigore il 15 settembre 2017**, per dare il tempo alle Regioni di individuare i Centri di riferimento esperti nel trattamento delle nuove malattie.

Le principali novità del Decreto 12 gennaio 2017

Oltre all'inserimento di **più di 110 nuove entità, tra singole malattie rare e gruppi**, che danno diritto all'esenzione, l'aggiornamento ha comportato anche una revisione sistematica dell'elenco, che risponde meglio ai più recenti criteri scientifici. La proposta di aggiornamento è stata elaborata **in collaborazione con il Tavolo Interregionale delle Malattie Rare**. **L'elenco è stato completamente riorganizzato**: in particolare, prevede che i gruppi di MR siano "aperti" in modo da consentire che tutte le MR riconducibili a un gruppo, anche se non puntualmente elencate, abbiano diritto all'esenzione. Per aiutare la comprensione e solo a titolo di esempio, sono elencate alcune delle malattie afferenti ai gruppi.

Inoltre, di alcune malattie sono indicati anche i sinonimi. Sono stati **mantenuti i codici di esenzione già adottati**, al fine di evitare disagi ai pazienti e per rendere meno difficoltose le procedure amministrative.

Ecco alcune novità dell'elenco:

- **creazione di 16 capitoli** distinti per apparato
- **definizione di gruppi** in cui poter collocare le malattie rare che, nel futuro, non dovessero trovare accoglienza in gruppi già definiti, in modo da garantire il diritto all'esenzione a tutti gli aventi diritto
- **inserimento della sarcoidosi tra le MR** (con esenzione da riconfermare dopo i primi 12 mesi, solo per le forme persistenti)
- **spostamento tra le malattie croniche di 4 patologie già esenti come MR**:
 - malattia celiaca (059);
 - sindrome di Down (065);
 - sindrome di Klinefelter (066);
 - connettiviti indifferenziate (067);
- **inserimento tra le MR di 2 patologie già esenti come malattie croniche**:
 - sclerosi sistemica progressiva (RM0120);
 - miastenia grave (RFG101).
- per alcune malattie (tumore di Wilms, retinoblastoma, pubertà precoce idiopatica), sono stati **introdotti limiti temporali all'esenzione** che verrà eventualmente rinnovata alla scadenza, in relazione al decorso clinico del singolo paziente

Il Decreto sui nuovi LEA estende anche l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale includendo, per la parte del Laboratorio, nuove indagini **per la diagnosi precoce di numerose malattie metaboliche rare**.

Come ottenere l'esenzione : l'esenzione deve essere richiesta all'Azienda sanitaria locale di residenza, presentando una certificazione con la diagnosi di una o più malattie rare incluse

nell'elenco, rilasciata da uno dei Presidi della Rete nazionale delle malattie rare, anche fuori della Regione di residenza.

Esenzione per reddito

Il diritto all'esenzione per reddito è previsto per alcune condizioni personali e sociali associate a determinate situazioni reddituali. L'assistito esente per reddito può effettuare, senza alcuna partecipazione al costo (ticket), tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal Servizio sanitario nazionale, necessarie ed appropriate alla propria condizione di salute.

Hanno diritto all'esenzione per reddito, i cittadini che appartengono alle categorie che seguono (**Legge 537/1993 e successive modificazioni** - art. 8, comma 16).

Categorie di esenti

(CODICE E01):

Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro.

(CODICE E02):

Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo 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.

(CODICE E03):

Titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico.

(CODICE E04):

Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo 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.

Note

1. Per "nucleo familiare" si intende il nucleo rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), composto dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari fiscalmente a carico (art. 1 del **decreto ministeriale 22/1993**). Il coniuge fa sempre parte del nucleo fiscale anche se è fiscalmente indipendente (e presenta autonomamente la propria dichiarazione dei redditi) o non convivente (risiede in un'abitazione diversa da quella del coniuge). A seguito della **legge 20 maggio 2016, n. 76**, anche le persone dello stesso sesso unite civilmente, fanno parte dello stesso nucleo fiscale. Il minore di anni sei appartiene al nucleo fiscale dei genitori se coniugati. In caso di genitori conviventi, il minore di anni sei appartiene a nucleo fiscale del genitore cui il minore è fiscalmente a carico. Nel caso in cui il bambino sia fiscalmente a carico di entrambi i genitori, è possibile scegliere la situazione più favorevole, vale a dire considerare il bambino appartenente al nucleo del genitore il cui reddito non supera il limite previsto (€ 36.151,98).
2. Per "familiari fiscalmente a carico" si intendono i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali (in quanto titolari di un reddito annuo inferiore a 2.840,51 euro). Le

categorie di familiari a carico sono definite dall'art. 12 del TUIR (**Testo unico imposte sui redditi**).

3. Il reddito annuo complessivo del nucleo familiare è pari alla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo.
4. Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, è necessario prendere in considerazione il reddito complessivo dell'anno precedente.
5. Il termine "disoccupato" è riferito esclusivamente al cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto al Centro per l'impiego in attesa di nuova occupazione.

Non può considerarsi disoccupato il soggetto che non abbia mai svolto attività lavorativa, né il soggetto che abbia cessato un'attività di lavoro autonoma, né chi è in cassa integrazione guadagni, sia essa ordinaria che straordinaria. Sono, invece, equiparati ai disoccupati i soggetti in mobilità.

Come si esercita il diritto all'esenzione e nuove modalità di verifica

Nel corso del 2011 nelle Regioni sono entrate in vigore le nuove modalità di verifica delle esenzioni per reddito, stabilite dal **Decreto ministeriale 11 dicembre 2009**.

Il medico prescrittore (medico di famiglia e pediatra), che possiede la lista degli esenti fornita dall'Anagrafe tributaria attraverso il sistema Tessera Sanitaria, all'atto della prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale verifica, su richiesta dell'interessato, se l'assistito ha diritto all'esenzione (per i codici **E01, E03, E04**), e **riporta il relativo codice sulla ricetta**.

Se l'assistito non risulta nell'elenco degli esenti per reddito, il medico annulla con un segno la casella contrassegnata dalla lettera «N» (non esente) presente sulla ricetta.

L'assistito non deve più apporre nessuna firma sulla ricetta come accadeva in precedenza.

Alcune tipologie di utenti, pur avendo diritto all'esenzione dal ticket, non compaiono nella lista del proprio medico curante: sono coloro che non hanno l'obbligo di presentare la dichiarazione dei redditi (pensionati al minimo e pensionati sociali) e i disoccupati; questi assistiti devono autocertificare annualmente il reddito percepito nell'anno precedente presso la ASL di residenza che rilascia un apposito attestato. Analogamente, deve rivolgersi alla propria ASL di residenza l'assistito che ritiene di possedere i requisiti per l'esenzione per reddito, ma che non è presente nella lista in possesso del medico. I disoccupati devono autocertificare anche lo stato di disoccupazione e impegnarsi a comunicare tempestivamente la cessazione di questa condizione.

Se le condizioni di reddito cambiano e non si ha più diritto all'esenzione, occorre comunicarlo tempestivamente alla propria ASL di residenza.

Esenzione per invalidità

Il riconoscimento di una invalidità garantisce il diritto all'esenzione per alcune o per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal servizio sanitario nazionale. L'esenzione per invalidità è riconosciuta dalla Azienda Sanitaria Locale di residenza, sulla base della certificazione che documenta lo stato di invalidità. Lo stato e il grado di invalidità devono essere accertate dalla competente Commissione medica della Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito.

L'esenzione per invalidità non include le prestazioni farmaceutiche.

Attenzione! Solo gli invalidi di guerra, titolari di pensione diretta vitalizia e le vittime del terrorismo hanno diritto a ritirare gratuitamente i medicinali appartenenti alla classe "C", su prescrizione del medico che ne attesti la comprovata utilità terapeutica.

Categorie di invalidi esenti per tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche incluse nei Lea

Invalidi di guerra

- **G01** Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1° alla 5° titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campi di sterminio (ex art.6 DM 1.2.1991)

Invalidi per lavoro

- **L01** Grandi invalidi del lavoro dall'80% al 100% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **L02** Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 dal 67% al 79% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)

Invalidi per servizio

- **S01** Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1° categoria, titolari di specifica pensione (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **S02** Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2° alla 5° (ex art.6 DM 1.2.1991)

Invalidi civili

- **C01** Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **C02** Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **C03** Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **C04** Invalidi < di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. 289/90 (ex art.5 D.lgs. 124/98)
- **C05** Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 ad entrambi gli occhi riconosciuti dalla Commissione Invalidi Ciechi Civili (art.6 DM 1.2.1991)
- **C06** Sordomuti (chi è colpito da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata - art.6 DM 1.2.1991, ex art.7 L.482/68 come modificato dalla L.68/99)

Invalidi - Vittime atti terrorismo - Vittime del dovere

- **V01** Vittime atti di terrorismo e stragi e familiari (L. 206/04) /vittime dovere e familiari superstiti (D.P.R. 7 luglio 2006, n. 243)

Categorie di invalidi esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia che ha causato lo stato di invalidità

Invalidi di guerra

- **G02** Invalidi di guerra militari appartenenti alle categorie dalla 6° alla 8° (ex art.6 DM 1.2.1991)

Invalidi per lavoro

- **L03** Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa fino a 2/3 dall'1% a 66% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991)
- **L04** Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art.6 DM 1.2.1991)

Invalidi per servizio

- **S03** Invalidi per servizio appartenenti alla categoria dalla 6° all'8° (ex art.6 DM 1.2.1991)

Esenzione per diagnosi precoce di alcuni tumori

Il Servizio sanitario nazionale, oltre alle prestazioni diagnostiche attivamente offerte dalle Aziende sanitarie locali nell'ambito delle campagne di screening, garantisce l'esecuzione gratuita degli accertamenti per la diagnosi precoce di alcuni tumori.

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;
- l'**esame citologico cervico-vaginale (PAP Test), ogni tre anni**, a favore delle donne in età compresa tra 25 e 65 anni;
- la **colonscopia, ogni cinque anni**, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni.

La prescrizione è effettuata sul ricettario del Ssn e deve riportare il relativo codice di esenzione.

In particolare:

codice D01: prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione

codice D02: esame citologico cervico-vaginale (PAP Test)

codice D03: esame mammografico

codice D04: colonscopia

codice D05: prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella

L'intervallo di tempo indicato per ciascuna prestazione deve essere rispettato, anche se il primo accertamento è stato eseguito privatamente.

L'esenzione per diagnosi precoce di alcuni tumori è del tutto indipendente dal reddito dell'assistito e/o dal suo stato di occupazione/disoccupazione.

Esenzione per gravidanza

Le coppie che desiderano avere un bambino e le donne in stato di gravidanza hanno diritto a eseguire gratuitamente, senza partecipazione al costo (ticket), alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche utili per tutelare la loro salute e quella del nascituro, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, tra cui i consultori familiari.

L'elenco di tali prestazioni, contenuto nel Decreto ministeriale del 10 settembre 1998, è stato sostituito e innovato dal DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017.

Le principali novità del DPCM 12 gennaio 2017

1. **In funzione preconcezionale:** prestazioni specialistiche più appropriate per l'accertamento del rischio procreativo
2. **Per la gravidanza fisiologica:** ampliamento delle prestazioni per il monitoraggio secondo le specifiche Linee guida (incluso il test combinato: parametri di laboratorio in combinazione con le indagini ecografiche eseguite presso strutture appositamente individuate dalle Regioni)
3. **Per l'accesso alla diagnosi prenatale:** aggiornamento delle indicazioni secondo le più recenti Linee guida (condizioni biologiche-genetiche, alterazione di parametri ecografici e biochimico/molecolari, patologie infettive che determinano un rischio per il nascituro)

In particolare, potranno essere erogate **gratuitamente**:

- le visite periodiche ostetrico-ginecologiche;
- i corsi di accompagnamento alla nascita (*training* prenatale)
- l'assistenza al puerperio

Il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M + nn settimana di gravidanza

• IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

1. Le prestazioni per la donna, l'uomo e la coppia elencate nell'allegato 10- sezione A al DPCM, da eseguire, su prescrizione dello specialista, prima del concepimento, per escludere la presenza di fattori che possano incidere negativamente sulla gravidanza. Oltre alle prestazioni in elenco, se la storia clinica o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto, possono essere eseguite in esenzione le prestazioni necessarie e appropriate per accertare eventuali difetti genetici, prescritte dal medico genetista o dallo specialista che segue la coppia; **il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M00.**

• NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA

1. Le prestazioni specialistiche indicate, per ciascun periodo, dall'allegato 10 - sezione B al DPCM. **Il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M + nn settimana di gravidanza;**
2. In caso di minaccia d'aborto, tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio della gravidanza e, in caso di condizioni patologiche che comportano un rischio per la madre o per il feto, tutte le prestazioni specialistiche necessarie al monitoraggio della condizione patologica; le condizioni patologiche devono essere indicate dal medico, come diagnosi o sospetto diagnostico, nella prescrizione delle prestazioni in esenzione; **il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M50;**
3. le prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale invasiva in gravidanza, nelle specifiche condizioni di rischio per il feto indicate nell'allegato 10 - sezione C al DPCM, prescritte dallo specialista o dal genetista medico ed eseguite presso le strutture appositamente individuate dalle Regioni. **Il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M50.**
4. Il SSN garantisce gratuitamente, infine, un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche quando nel corso del *training* prenatale o durante l'assistenza al puerperio, emerge un disagio psicologico della donna.