

TICKET: informazioni al cittadino
(12 dicembre 2002)

FARMACI

Dal 12.12.2002 è dovuta una quota di partecipazione alla spesa sanitaria di 2 Euro per ogni pezzo di farmaco fino a 4 Euro per ricetta. Sono escluse da tale pagamento le seguenti categorie di assistiti:

- a. invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia;
- b. grandi invalidi per servizio;
- c. grandi invalidi per lavoro;
- d. invalidi civili al 100%;
- e. invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza;
- f. danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazioni di emoderivati ex legge n. 238/1997, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992;
- g. ciechi e sordomuti ex. art. 2 d.lgs 68 del 1999;
- h. vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
- i. titolari di pensioni sociali
- j. titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore 8.263,31 €, incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 € per ogni figlio a carico.

Per le due ultime categorie è previsto un apposito modello di autocertificazione del proprio status, ai sensi della normativa vigente, da presentare al momento del ritiro del farmaco. La quota massima di 4 Euro per ricetta è dovuta anche dai cittadini che usufruiscono, per patologia, della possibilità di prescrivere sulla ricetta un numero di confezioni maggiore di 2. La quota fissa stabilita è dovuta anche per l'acquisto di farmaci non coperti da brevetto (anche quelli generici). Inoltre per questi farmaci è dovuta la differenza tra il prezzo di riferimento e quello del farmaco prescritto dal medico, nel caso in cui il cittadino non accetti la sostituzione proposta dal farmacista o il medico abbia espresso la non sostituibilità. Questa eventuale quota aggiuntiva non deve essere corrisposta dal cittadino solo nel caso in cui vi sia un'accertata indisponibilità del farmaco al prezzo più basso a livello regionale.

PRONTO SOCCORSO

Dal 12.12.2002, in presenza di prestazioni considerati non urgenti e inappropriate (riconosciute dal medico alla fine della valutazione clinica con l'assegnazione di " codice bianco"), è dovuta una quota a carico dei cittadini di 35 Euro nel caso di sola visita specialistica, anche se eseguita da più specialisti, o di 50 Euro nel caso di effettuazione anche di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche. Non sono da sottoporre a tale quota le sottoindicate prestazioni:

- quelle seguite da ricovero
- quelle effettuate a seguito d'infortunio sul lavoro in assicurati INAIL
- quelle effettuate su richiesta degli organi di pubblica sicurezza o polizia giudiziaria

La quota prevista è dovuta da parte di tutti i soggetti interessati indipendentemente dalla

presenza di un eventuale stato di esenzione.

Sono comunque garantite gratuitamente a tutti i cittadini tutte le prestazioni svolte in Pronto Soccorso che sono considerate urgenti.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Tutti i cittadini sono soggetti alla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per l'assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio fino all'importo massimo di € 36,15 (lire 70.000) per ricetta, che può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica (prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse).

Sono attualmente esenti dal ticket gli appartenenti alle seguenti categorie della popolazione:

- i cittadini di età inferiore a 6 anni o superiore a 65, purché appartenenti a nucleo familiare con reddito lordo complessivo non superiore a € 36.151,98 (lire 70 milioni), riferito all'anno precedente;
- i titolari di pensioni sociali ed i familiari a carico;
- i disoccupati (compresi i lavoratori in mobilità) ed i familiari a carico, i titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni ed i familiari a carico: entrambe queste condizioni sono subordinate all'appartenenza a nucleo familiare con reddito complessivo lordo inferiore a € 8.263,31 (lire 16 milioni), € 11.362,05 (lire 22 milioni) se con coniuge a carico, incrementato di € 516,45 (lire 1 milione) per ogni figlio a carico;
- invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3, o con assegno di accompagnamento, o con indennità di frequenza;
- ciechi e sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della Legge 482/68;
- infortunati sul lavoro e affetti da malattie professionali per le prestazioni correlate;
- le categorie dalla I alla V degli invalidi di guerra e per servizio e gli invalidi per lavoro con percentuale superiore a 2/3 sono totalmente esenti, mentre sono esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia invalidante le categorie dalla VI all'VIII e gli invalidi per lavoro con percentuale inferiore a 2/3;
- le categorie di cittadini esenti per patologia o condizione sono individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 che definiscono le 51 condizioni e gruppi di malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione generale o solo per alcune prestazioni correlate. Il D.M. Sanità 279/2001 definisce le malattie rare e le relative esenzioni per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti;

Sono inoltre escluse dal ticket le seguenti prestazioni:

- finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori di cui all'art. 85 della Legge 388/2000:
 - Mammografia ogni 2 anni per le donne tra 45 e 69 anni, e tutte le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda (l'aggiunta dopo la virgola viene riportata per disposizione del comma 31, art. 52 della Legge 448/2001-L. Finanziaria per il 2002)
 - Pap test ogni 3 anni per le donne tra 25 e 65 anni
 - Colonscopia ogni 5 anni oltre i 45 anni di età e per i gruppi a rischio
 - Accertamenti specifici per neoplasie in età giovanile, secondo criteri determinati dal Ministero della Sanità

In relazione a quanto previsto dall'art. 1, commi 4 e 5 del D.lgs 124/98, le prestazioni erogate a fronte di particolari condizioni di interesse sociale:

- prestazioni specialistiche rese nell'ambito di programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva;
- finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte in caso di epidemie;
- finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV;
- finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge;
- finalizzate alla tutela della maternità, definite dal decreto ministeriale 10 settembre 1998;
- finalizzate alla promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse alle attività di donazione; (ivi comprese le prestazioni finalizzate al controllo della funzionalità dell'organo residuo)
- volte alla tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di

vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni di cui alla legge n. 210/92;

- i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie di cui all'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, anti Haemophylus influenzale di tipo B, nonché quelli previsti da programmi approvati con atti formali delle regioni nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia
 - soggetti che abbiano subito un'invalidità permanente non inferiore ad un quarto della capacità lavorativa per effetto di ferite o lesioni riportate in conseguenza di atti e fatti di cui alla Legge n. 302/90, così come modificata dalla Legge n. 407/98.
-

Milano,

Redatto a cura della Unità Organizzativa Qualità e Integrazione dei Servizi Sanitari
Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia
via Pola 11, 20124 MILANO
tel. 02 67653351