

# COSTITUZIONE della REPUBBLICA ITALIANA

Art. 32 : La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



# Azienda Sanitaria Locale

Compito di promuovere, mantenere e provvedere al recupero della salute fisica e psichica della popolazione nel territorio di competenza cui deve assicurare :

- Assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro
- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza specialistica
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza sanitaria residenziale a persone non autosufficienti e lungodegenti



# ARTICOLAZIONE ASL

- **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE** : struttura organizzativa preposta all'organizzazione ed alla promozione delle attività di prevenzione primaria in ambiente di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria
- **DISTRETTO SANITARIO** : struttura organizzativa che assicura i servizi sanitari "territoriali" comprendenti tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogati in regime ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale
- **PRESIDIO OSPEDALIERO** : struttura organizzativa che assicura le prestazioni in regime di degenza, nonché le prestazioni ambulatoriali specialistiche delle branche mediche e chirurgiche



# ISCRIZIONE SSN

Per aver diritto all'assistenza sanitaria, i cittadini italiani devono iscriversi al SSN

DOVE



COME



# ISCRIZIONE SSN (DOVE)

## SPORTELLI SCELTA E REVOCA

- Trecate via Rugiada n.20 tel.0321- 786631 da lunedì a venerdì ore 8 – 12.30 e 13.30 – 15.30 per i Comuni di Cerano, Sozzago e Trecate
- Galliate via Varzi n.21 tel.0321- 801243 da lunedì a venerdì ore 8 – 13.00 e 14.00 – 15.30 per i Comuni di Cameri, Galliate e Romentino



# ISCRIZIONE SSN (COME)

L'iscrizione deve essere presentata dall'interessato presentando i seguenti documenti :

- Codice fiscale
- Certificato di residenza o autocertificazione
- Per i neonati certificato dello stato di famiglia o autocertificazione da cui risulti già il nuovo nato e codice fiscale di quest'ultimo



# ASSISTENZA SANITARIA PER GLI ITALIANI NON RESIDENTI

I cittadini italiani non residenti nel territorio ASL hanno diritto all'assistenza sanitaria e possono iscriversi presso l'Ufficio scelta e revoca del Distretto purchè la permanenza sia superiore a tre mesi e sia dettata da motivi di lavoro, studio e malattia. Per soggiorni inferiori ai tre mesi, in caso di necessità ci si può rivolgere ad un MMG o PLS pagando la prestazione. Al rientro presso la propria residenza possono richiedere rimborso alla propria ASL dietro presentazione di fattura i seguenti soggetti :

- Minori di anni 6
- Ultrasessantacinquenni il cui reddito sia inferiore a € 36.151,98 lordi l'anno
- Cittadini portatori di handicap il cui grado di invalidità sia pari o superiore al 67%

# ISCRIZIONE SSN

Per cittadini italiani non residenti

DOVE



COME



# ISCRIZIONE SSN (DOVE)

Per cittadini italiani non residenti con permanenza superiore ai 3 mesi

## SPORTELLI SCELTA E REVOCA

- Trecate via Rugiada n.20 tel.0321- 786631 da lunedì a venerdì ore 8 – 12.30 e 13.30 – 15.30 per i Comuni di Cerano, Sozzago e Trecate
- Galliate via Varzi n.21 tel.0321- 801243 da lunedì a venerdì ore 8 – 13.00 e 14.00 – 15.30 per i Comuni di Cameri, Galliate e Romentino



# ISCRIZIONE SSN (COME)

Per cittadini italiani non residenti con permanenza superiore ai 3 mesi

L'iscrizione deve essere presentata dall'interessato presentando i seguenti documenti :

- Codice fiscale
- Tessera sanitaria dell'ASL di residenza
- Certificato di cancellazione del medico di MMG rilasciato dall'ASL di residenza

N.B. : L'iscrizione è possibile per i seguenti motivi :  
Lavoro,studio,malattia

L'iscrizione temporanea ha validità annuale ed è rinnovabile



# TEAM (tessera europea assicurazione malattia)

**TS** REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**

Codice Fiscale Data di scadenza

Cognome

Nome Sesso

Luogo di nascita [ con settori regionali ]

Provincia

Data di nascita

**TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA**

1 Cognome

4 Nome 5 Data di nascita

6 Numero di identificazione personale 7 Numero di identificazione dell'istituzione

8 Numero di identificazione della tessera 9 Scadenza

•E' in funzione in Italia la **T.E.A.M.**, la Tessera Europea Assicurazione Malattia, che consente di ottenere nei periodi di soggiorno temporaneo nei Paesi dell'Unione Europea, Spazio Economico Europeo e Svizzera (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera) le prestazioni sanitarie (farmaci - visite ed esami specialistici - ricoveri ecc.)

•Non è più necessario quindi richiedere alcun modello E111 ed E128. La T.E.A.M. ha un validità di cinque anni ed è automaticamente rinnovata. **La nuova tessera non contiene i dati sanitari, e non sostituisce la tessera sanitaria attualmente in possesso dei cittadini (tessera di colore marrone) che deve comunque essere conservata.**

•Nel caso in cui il cittadino non riceva la TEAM e prevede di partire per uno degli Stati citati, deve verificare che i dati anagrafici presenti sul codice fiscale e sulla carta d'identità siano identici. Nel caso in cui i dati anagrafici siano diverse, deve recarsi presso l'Agenzia delle Entrate o all'Anagrafe Comunale per l'allineamento dei dati. Successivamente deve rivolgersi presso gli Sportelli di Medicina di Base al fine di attivare le necessarie procedure informatiche per il rilascio della tessera in tempo utile e per richiedere il certificato sostitutivo provvisorio.

•In caso di smarrimento o deterioramento si può richiedere duplicato all'Agenzia delle Entrate o presso gli sportelli di scelta /revoca o via internet ([www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it))

•Gli sportelli abilitati a richiedere la TEAM, a disposizione per qualsiasi chiarimento, sono quelli di:

•**Galliate - Via Varzi, 21 - dalle 14.00 alle 15.30;**

•**Trecate - Via Rugiada, 20 - dalle 8.30 alle 12.00 e dalle 13.30 alle 15.00.**



Mod. 87748 - Tipografia Gali & C. - Novara

ANNOTAZIONI  
(a cura dell'A.S.L.)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

regione piemonte  
A.S.L. NO - Novara



tessera  
sanitaria  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Mod. 87748 - Tipografia Gali & C. - Novara

ANNOTAZIONI  
(a cura dell'A.S.L.)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

regione piemonte  
A.S.L. NO - Novara

Attestato di esenzione  
dalla partecipazione al costo  
delle prestazioni di  
assistenza sanitaria

SCELTA DR. MENTEC  
Dott. :  
Codice: 031964P  
Scelta: 11/12/2002 fine: \_/ \_/ \_



TRECASTE, 22/10/2009

ATTESTATO DI ESENZIONE  
N. 11352125328

Dal 12/03/2004 al \_/ \_/ \_ per:  
Codice: 048



REGIONE PIEMONTE  
A.S.L. 'NO'

Nato il  
A :

ASL Residenza  
113 - NOVARA

Comune Residenza

Cod.Fisc.  
Tessera N°

Rilascio: 16/02/2007  
Scadenza: \_/ \_/ \_

REGIONE PIEMONTE  
A.S.L. 'NO'

Nato il:

Comune domicilio:

Comune residenza

Cod.Fisc.  
Tessera N°

ATTESTATO DI ESENZIONE DAL  
PAGAMENTO DELLA QUOTA DI  
PARTECIPAZIONE AL COSTO PER LE  
PRESTAZIONI DI CUI AL FOGLIO  
ALLEGATO.

Il Responsabile:

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale 'NO' - NOVARA  
Distretto Emittente: 5202

ATTESTATO DI ESENZIONE DAL TICKET N.20852147334

ATTESTATO DI ESENZIONE PER PATOLOGIA DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO  
DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA (D.M. 28.05.1999 n. 329)

Assistito:

Data di Nascita:

li, 22/10/2009

Elenco prestazioni e farmaci esentati dalle patologie o condizioni indicate:

-----  
Classe Patologia

ESENZIONE: 031.401

LISTA PRESTAZIONI ESENTATE:

90.16.4 CREATININA CLEARANCE  
90.37.4 POTASSIO [S/U/du/(Sg)Er]  
90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO  
91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO  
87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS  
Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)  
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA  
89.61.1 MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA  
95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI  
In presenza di danno d'organo, in aggiunta:  
89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI  
Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima  
90.14.1 COLESTEROLO HDL  
90.14.3 COLESTEROLO TOTALE  
90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/du/La]  
90.40.4 SODIO [S/U/du/(Sg)Er]  
90.43.2 TRIGLICERIDI  
90.43.5 URATO (S/U/du)  
90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.  
90.65.1 FIBRINOGENO FUNZIONALE  
88.72.1 ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia  
89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale 'NO' - NOVARA  
Distretto Emittente: 5202

ATTESTATO DI ESENZIONE DAL TICKET N.20852125328

ATTESTATO DI ESENZIONE PER PATOLOGIA DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO  
DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA (D.M. 28.05.1999 n. 329)

Assistito:

Data di Nascita:

li, 22/10/2009

Elenco prestazioni e farmaci esentati dalle patologie o condizioni indicate:

-----  
Classe Patologia

ESENZIONE:           048

LISTA PRESTAZIONI ESENTATE:

Secondo le condizioni cliniche individuali:

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 MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)

- CHI SONO E COSA FANNO



- COME SI SCELGONO



### **Visite ambulatoriali:**

L'attività professionale viene prestata nello studio del medico, che deve essere aperto 5 giorni settimanali, secondo un orario esposto all'ingresso, stabilito dal medico stesso, in relazione al numero degli assistiti e comunque tale da assicurare una efficace ed efficiente assistenza. Nella giornata di sabato, il medico non è tenuto ad aprire l'ambulatorio.

### **Visite domiciliari:**

L'assistenza è assicurata anche al domicilio dell'assistito, qualora questi sia impossibilitato a spostarsi da casa.

Le visite domiciliari vanno di norma richieste entro le ore 10 del mattino e devono essere effettuate nella medesima giornata. Se la chiamata avviene dopo le 10 del mattino, la visita deve essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo. Nella giornata di sabato il medico è tenuto ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno.

Le chiamate urgenti ricevute, devono essere comunque soddisfatte nel più breve tempo possibile.

Sono effettuate a pagamento da parte del paziente le visite ambulatoriali e domiciliari eventualmente richieste ed eseguite nei giorni e negli orari coperti dal Servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

### **Certificazioni:**

Il medico rilascia gratuitamente i seguenti certificati:

**certificato di malattia;**

**certificato di riammissione alle scuole materne, dell'obbligo e secondarie superiori;**

**certificazione di stato di buona salute per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche, nell'ambito scolastico, a seguito di richiesta dell'autorità scolastica competente. Non è previsto il rilascio in regime convenzionale del certificato di buona salute per le attività ginnico motorie con finalità ludico - ricreative, ginnico - formative, riabilitative o rieducative e per i giochi sportivi studenteschi della scuola elementare;**

Sono invece rilasciati a pagamento i seguenti certificati :

**certificato per l'ammissione in case di riposo o simili;**

**certificato per assicurazioni private;**

**certificato per attività sportive non agonistiche, tranne quelle gratuite di cui al paragrafo precedente;**

**certificato per l'idoneità alle cure termali INPS;**

**certificato di malattia rilasciato ai militari di leva (oltre alla visita medica che segue le tariffe indicate per le visite occasionali);**

**certificato anamnestico per il porto d'armi;**

**certificato d'invalidità civile;**

**certificato di aggravamento invalidità civile;**

**certificato di invalidità INPS;**

**certificato di esonero temporaneo dalle lezioni di educazione fisica;**

**certificato di inabilità temporanea per mancata comparizione disposta dall'autorità giudiziaria;**

**certificato di ammissione a colonie e centri estivi;**

**certificato per soggiorni marini e montani;**

**certificato per pellegrinaggi;**

**certificato per il ritorno al lavoro di dipendenti di aziende alimentari;**

**certificato di inabilità per delega a riscuotere la pensione o analoghi espletamenti;**

**certificato per dieta personalizzata per la mensa;**

**certificati diversi per uso privato**

### **Visite occasionali:**

Ai cittadini che si trovino occasionalmente (es. per ferie, viaggio ecc.) nel territorio di una A.S.L. diversa da quella di residenza, o fuori dal Comune presso il quale hanno scelto il medico di base, è garantita l'assistenza medico generica, con la possibilità di rivolgersi a qualsiasi medico di medicina generale.

In tali casi l'onorario è a carico dell'assistito, secondo tariffe prefissate dall'Accordo Collettivo per la medicina generale (D.P.R. 270/00) e cioè 15.00 € per la visita ambulatoriale e 25.00 € per quella domiciliare. Eventuali rimborsi possono essere richiesti alla A.S.L. di appartenenza, qualora previsti dalle locali norme regionali vigenti (diverse da Regione a Regione).



## Scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta

Tutti i cittadini italiani residenti, e gli stranieri secondo specifiche normative, hanno diritto all'assistenza medica di base prestata da un medico di medicina generale o da un pediatra per i bambini fino all'età di 14 anni (elevabile a 16 in determinate condizioni) ed hanno quindi titolo per l'iscrizione negli elenchi degli assistibili delle A.S.L.

Il rapporto tra l'assistito ed il medico è basato sulla fiducia.

Il cittadino esercita il suo diritto di scelta tra i medici iscritti in un apposito elenco che si trova presso gli uffici della A.S.L..

Nel caso in cui venga meno il rapporto fiduciario, il paziente può revocare liberamente la scelta, ed effettuare una nuova.

Anche il medico di base può ricusare l'assistito comunicando alla A.S.L. la motivazione.

## NON RESIDENTI

I cittadini che soggiornano temporaneamente presso la A.S.L. hanno diritto alla scelta del medico convenzionato, per usufruire dell'assistenza sanitaria di base, purché ricorrano determinate condizioni:

**la permanenza nel comune di domicilio temporaneo sia per un periodo superiore ai tre mesi;**  
**tale permanenza sia dovuta a motivi di lavoro, studio o malattia;**

L'iscrizione temporanea presso la A.S.L. può avere durata massima di **dodici mesi rinnovabili**.

I cittadini italiani residenti all'estero che rientrano temporaneamente in Italia e non hanno alcuna copertura assicurativa (pubblica o privata) per le spese sanitarie, hanno diritto alle prestazioni urgenti per le malattie insorte entro 90 giorni dal loro ingresso nel territorio nazionale, con oneri a carico del SSN, purché siano titolari di pensione corrisposta dallo Stato o da Ente Previdenziale Italiano od abbiano lo status di emigrato certificato dall'Ufficio Consolare Italiano territorialmente competente, in base alla circoscrizione di residenza.

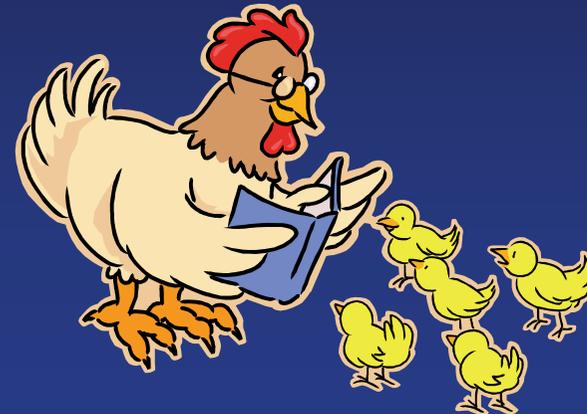
Tale forma di assistenza si applica una sola volta nell'anno



# PRESCRIZIONE

L'utente ha diritto ad ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali se in possesso di impegnativa del medico curante o dello specialista stilata su

- . ricettario SSN
- . modulistica interna riconosciuta



Fanno eccezione le sole prestazioni di ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria → in rinuncia di pediatra di base -; oculistica – solo misurazione del visus-; psichiatria e neuropsichiatria infantile (art. 16 c. 3 DPR 271 del 28/07/2008, accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni). Nei casi in cui la prenotazione è consentita senza impegnativa la richiesta viene assimilata e quindi inserita nella lista di attesa di classe D.

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 1 0 0 5



4 0 0 5 2 5 2 2 0 0 7



STAMPA PC

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

CODICE FISCALE

**N**

NON ESENTE

CODICE ESEZIONE

**R**

REDDITO

(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzate)

NOTA CUF

NOTA CUF

**S**

SUGG.

**H**

RICOV.

ALTRO

**U**

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

**B**

**D**

**P**

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

CODICE NUMERO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN.  
DIR. CHIAM.  
ALTRO

I.P.Z.S. - ROMA

### AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CPP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

### SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

5 0 6 M - P - D E - L A - R E G I O N - V A L L O N I E      B E  
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION      STATO ESTERO / COUNTRY

2 0 0 6 1 1 0 1 6 0 0  
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

0 0 0 0 3 2 1 7 6 8 9  
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

  
FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

### AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

-----  
FIRMA DEL MEDICO

-----  
FIRMA DELL'ASSISTITO

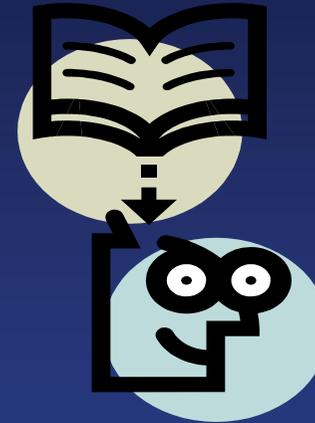
-----  
FIRMA DEL FARMACISTA

### ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

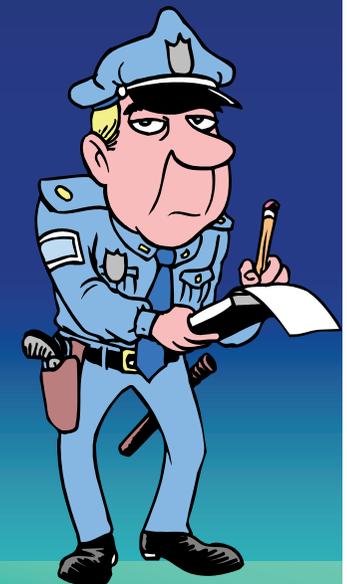
- 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
- 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di guardia medica.
- 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.  
*L'attestazione del diritto all'esenzione è certificata esclusivamente dal medico prescrittore (legge 638/83)*

# DATI PRESENTI SULL'IMPEGNATIVA

- Codice fiscale o luogo e data di nascita(solo per impegnative interne)
- codice STP per stranieri temporaneamente presenti
- cognome e nome dell'assistito
- prescrizione-richiesta-proposta
- quesito/sospetto diagnostici – diagnosi
- classe di priorità
- quantità delle prestazioni
- identificativo e firma prescrittore
- data della prescrizione
- ASL e provincia di residenza dell'assistito (per residenti fuori ASL)
- Eventuale indicazione di esenzione ticket per patologia



- Una ricetta può contenere solo prestazioni della stessa branca specialistica (Legge n.742 del 23/12/1994-art. 2, e s.m.i.).
- Ogni ricetta può contenere unicamente richieste di prestazioni con la stessa posizione nei confronti del ticket (tutte esenti o tutte a pagamento).
- Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della medesima branca. Unica eccezione è rappresentata dalle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione in quanto, con DGR n. 73-13176 del 26/07/2004 e s.m.i., è stato stabilito che per singola ricetta possono essere prescritte al massimo tre tipologie di prestazioni e per un massimo di 12 sedute ciascuna.
- La validità della prescrizione-proposta è di 60 giorni.Questo arco di tempo decorre dalla data di compilazione della ricetta alla data di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali richieste.



# Classi di priorità

<i>Tipologia prestazione</i>	<i>Classe</i>	<i>Periodo di effettuazione</i>
Prima visita o accertamento diagnostico	U	Entro 48 ore dalla richiesta
Prima visita o accertamento diagnostico	B	Entro 15 gg. dalla richiesta
Prima visita o accertamento diagnostico	D	<i>visite specialistiche*</i> entro 30 gg e <i>accertamenti diagnostici</i> entro 60 gg dalla richiesta
Visita successiva alla prima (c.d. “controllo”)	P	<i>Non definito</i>

\*Ai sensi della DGR n. 56-3322 del 3 luglio 2006 per le prestazioni di **riabilitazione** è previsto:

- **classe B:**

- **Prima visita fisiatrica** da erogarsi **entro 7 giorni** – destinata a pazienti con evento traumatico o chirurgico dell'apparato locomotore recente o in caso di insorgenza di linfedema post chirurgico come primo episodio; le *prestazioni riabilitative* sono individuate dal progetto riabilitativo e sono correlate alle *disabilità 2* (Disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza e/o attrezzature, altamente sofisticato) e *4* (Disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza ed a rapida soluzione) con *inizio trattamento* entro *10 giorni* dalla prescrizione.

- **classe D:**

- **Prima visita fisiatrica** da erogarsi **entro 30 giorni** – destinata a pazienti stabilizzati o affetti da patologie degenerative; le *prestazioni riabilitative* sono individuate dal progetto riabilitativo e correlate alle *disabilità 5* (Disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito" e/o un'attività "didattico-informativa") e *6* (Disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di fisioterapia strumentale) con *inizio trattamento* rispettivamente entro *40 giorni* dalla prescrizione.

# DEFINIZIONE

**Tempo d'attesa:** intervallo temporale tra il giorno in cui viene richiesta la prenotazione di una prestazione ed il giorno in cui viene erogata la prestazione stessa



# METODO DI CALCOLO

- **Prospettivo**

**Teorico:** Intervallo tra una prenotazione simulata in un giorno prestabilito (giorno indice) fisso o variabile ed il primo giorno utile di effettuazione della prestazione (es. monitoraggio regionale)

**Reale:** Intervallo tra una prenotazione realmente effettuata da un utente in un giorno prestabilito (giorno indice) ed il giorno previsto per l'effettuazione della prestazione (es. monitoraggio semestrale ministeriale)

- **Retrospettivo**

Intervallo temporale realmente intercorso tra l'effettuazione di una prescrizione e la relativa prenotazione (es. monitoraggio sperimentale della Ragioneria dello Stato)



# DIFFUSIONE

**...fenomeno presente in tutti gli stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato .....(Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008)**



Prestazione appropriata quando è erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato



VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita - Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)

ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima Consul. ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS.Consul. ostetrica per controllo gravidanza a rischio per fisiopatologia riproduttiva e endocrinologia Consul. genetica.Es.neuropsicologico clinico neurocomportamentale:per disturbi del linguaggio,per deterioramento intellettivo,Es. del Neglet; esame psicodiagnostico.Visita di sorveglianza terapia anticoagulante

Definizione di prima visita e visita successiva alla prima introdotta dalla DGR 14 – 10073 del 28 .7.2004 che recita : “si intende per prima visita o primo accertamento diagnostico ogni prestazione specialistica richiesta per un evento di nuova insorgenza nella storia anamnestica del paziente anche quando inerente ad una patologia già nota. La definizione di prima visita od accertamento diagnostico deve essere fatta dal prescrittore.Nel caso di pazienti con patologia già nota (n.d.r. è certamente il caso degli esenti ticket per patologia) sono da considerarsi prime visite solo quelle effettuate nei casi in cui si presenti una fase di riacutizzazione ovvero un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o un riaggiustamento della terapia;in tutti gli altri casi si parla di visite o altre prestazioni successive alla prima (n.d.r. i c.d. “controlli”).

Sia per motivi semantici che di contenuto, la “ prima visita “ e la visita successiva alla prima (visita di controllo) ex DGR 14 – 10073 del 28 .7.2004 non possono che coincidere rispettivamente con la prestazione cod. 89.7 VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita e con la prestazione 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima del Nomenclatore Tariffario ex D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 come d'altronde confermato dalla Circolare Regione Piemonte Assessorato Sanità prot. n. 13401/D028/28.5 del 10.9.2004 che peraltro introduce una limitazione “ temporale” nella definizione della prestazione cod. 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima alias “visita di controllo”, in quanto statuisce che “la prestazione deve intendersi tale se richiesta massimo entro 6 mesi dalla prima visita, fatto salvo quanto specificamente indicato nelle linee guida del nomenclatore in alcune branche specialistiche” . Ribadisce anche che “Il medico prescrittore, nel prescrivere tale prestazione, dovrà esplicitamente indicare che trattasi di visita di controllo come da regolamentazione regionale”. Il limite temporale di 6 mesi è poi stato esteso ad 1 anno con D.D. n° 101 del 24.4.07.

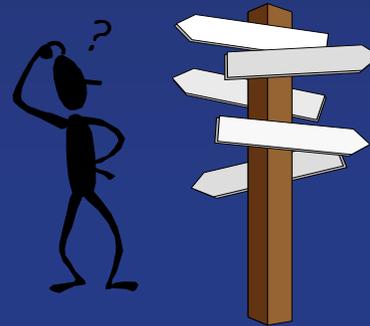
Da quanto detto si evince che la prestazione cod. 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima alias “visita di controllo” è prescrivibile a rigore solo ad un soggetto già sottoposto alla la prestazione cod. 89.7 VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita che non presenti riacutizzazioni o un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o un riaggiustamento della terapia e purchè non sia trascorso un lasso temporale da tale prestazione superiore ad un anno.

Impatto della legislazione sull'esenzione ticket per patologia su quanto esposto in precedenza ( D.M. 28.5.1999 n.329 e succ.mod. e Regolamento Malattie Rare 18.5.2001 n. 279). E' infatti noto che nella generalità dei casi (e ad eccezione delle malattie rare e di poche altre condizioni es. esenzione 048 in cui la definizione delle prestazioni esenti è lasciata alla valutazione del prescrittore) esiste una “ lista “ predefinita di prestazioni esenti cui il prescrittore deve obbligatoriamente attenersi. In tali liste non è mai ricompresa la prestazione cod. 89.7 VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita ma solo la prestazione 89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima. Si ricorda che nel sistema informatico in uso al CUP è stato implementato un sistema di blocco per evitare di accettare come esenti prestazioni non compatibili con il codice di esenzione indicato dal prescrittore. In parole semplici la maggioranza delle esenzioni per patologia prevede come esente solo la visita di controllo e non anche la prima visita.

# PRENOTAZIONE

Prenotazione  
con applicativo  
informatico  
front office

Prenotazione  
con applicativo  
informatico  
per via telefonica



Prenotazione  
su registro  
cartaceo  
per via telefonica

Prenotazione  
su registro  
cartaceo  
front office

# Esenzioni Ticket

Esenzione ticket  
per visite/accertamenti diagnostici

Esenzione ticket per farmaci



# Esenzione ticket per visite/accertamenti diagnostici

- Esenzioni per reddito



- Esenzioni per Patologia/Condizione



- Esenzioni per Malattie Rare



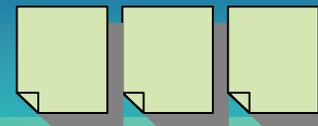
- Protocollo per maternità



# Esenzioni per reddito

- **Bambini di età inferiore a 6 anni con reddito del nucleo familiare fino a € 36.151,98 (£. 70 milioni) annui (L. 724/94)**
- **Anziani di età superiore a 65 anni con reddito del nucleo familiare fino a € 36.151,98 (£. 70 milioni) annui (L. 724/94)**
- **Titolari di Pensioni sociali e familiari a carico (L. 549/95)**
- **Titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni ed inferiore a 65 anni e i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 (£. 16 milioni), incrementato fino a € 11.362,05 (£. 22 milioni) in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriore € 516,46 (£ 1 milione) per ogni figlio a carico (L. 549/95)**
- **Disoccupati e loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 (£. 16 milioni), incrementato fino a 11.362,05 (£. 22 milioni) in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriore € 516,46 (£ 1 milione) per ogni figlio a carico (L. 549/95)**

MODALITA' per ottenerla : AUTOCERTIFICAZIONE



In relazione all'esenzione per reddito si chiarisce che:

per la determinazione del nucleo familiare si usa il criterio fiscale, per cui, oltre al coniuge non legalmente ed effettivamente separato, sono comprese le persone per le quali spettano le detrazioni per carichi di famiglia;

Per reddito complessivo del nucleo familiare si intende la sommatoria dei redditi di tutti i componenti del nucleo familiare.

Il nucleo familiare deve intendersi composto dai seguenti soggetti- il capofamiglia;

- il coniuge (non legalmente ed effettivamente separato);
- i figli (legittimi, naturali, adottivi, affiliati);
- i parenti ed affini conviventi, di cui all'art. 433 del Codice Civile.

Tali sono: i genitori, i nonni, i bisnonni, gli adottanti, i generi e le nuore, i suoceri e le suocere, i fratelli e le sorelle (germani o unilaterali).

Mentre il capofamiglia ed il coniuge fanno sempre e comunque parte del nucleo familiare; i figli e gli altri soggetti ex art. 433 c.c. fanno parte del nucleo familiare se e solo se sono "fiscalmente" a carico del capofamiglia.

Sono considerati fiscalmente a carico del capofamiglia i figli e gli altri parenti ed affini conviventi, che sono titolari di redditi inferiori ai limiti indicati dall'art. 12 del T.U. delle Imposte sui redditi (DPR 22 dicembre 1986 n° 917);

la composizione del nucleo familiare è quella risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente; i nati dopo il 1 gennaio dell'anno in corso entrano a far parte del nucleo come costituito al 31 dicembre dell'anno precedente;

per quanto riguarda il calcolo del reddito complessivo si deve considerare al lordo degli oneri deducibili ed al netto dei contributi previdenziali obbligatori, compreso il reddito prodotto all'estero, se ed in quanto deve essere dichiarato in Italia. Non entrano a far parte del reddito complessivo i redditi a tassazione separata (arretrati di pensione, liquidazione, etc.). Si fa riferimento al reddito presunto dell'anno precedente.

"Il reddito da prendere in riferimento è quello indicato:

- al rigo RN1 del modello Unico;
- al rigo 6 del modello 730;
- al punto 1 parte B del modello CUD".

2) Per quanto riguarda i disoccupati, si considerano tali i soggetti di età maggiore ai 14 anni e che risultano iscritti alle liste di collocamento.

3) La L. 549/95 ha esteso il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria ai familiari a carico dei titolari di pensione sociale, pensione al minimo e dei disoccupati.

### **Autocertificazioni:**

L'esenzione per motivi di reddito viene fatta valere attraverso l'autocertificazione.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato, o da un suo familiare, e risulterà elemento indispensabile per il diritto all'esenzione.

Si fa presente inoltre che in base al comma 16 quater, art. 1 della L 724/94, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono tenuti a disporre verifiche sulla regolarità delle prescrizioni, in regime di esenzione, dei medici convenzionati e dipendenti del S.S.N. e ad attivare controlli attraverso gli organi preposti sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione apposte sul retro della ricetta. In caso di violazioni si applicano le sanzioni previste dal codice penale.

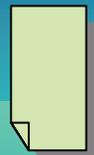


# Esenzioni per Patologia/Condizione

- L'esenzione dal pagamento del ticket per patologia (malattia) deve essere richiesta all'Azienda ASL di residenza, presentando un certificato medico che attesti la presenza di una o più malattie incluse nel D.M. 28/05/1999, n° 329 successive modifiche. Il certificato deve essere rilasciato da un presidio ospedaliero o ambulatoriale pubblico o anche dal MMG/PLS. Sono validi ai fini del riconoscimento dell'esenzione anche:
  - - la copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica
  - - la copia del verbale di invalidità
  - - la copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda ASL di residenza
  - - i certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari
  - - le certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea

**L'Azienda ASL rilascia, nel rispetto della tutela dei dati personali, un attestato che riporta la definizione della malattia con il relativo codice identificativo e le prestazioni fruibili in esenzione secondo il D.M. 28/05/1999, n° 329e successive modifiche.**

**N.B. Nella maggioranza dei casi nell'attestato di esenzione sono riportate le prestazioni esenti relative alla patologia oggetto di esenzione**



## ESENZIONI

### Esenzioni per invalidità

(D.M. 1.2.1991 e normative regionali in materia)

**\*\*esenti solo le prestazioni specialistiche correlate alla patologia invalidante**



Nuovi Codici Nazionali	Descrizione
L02	Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3 (dal 67% al 79%)
L01	Invalidi del lavoro con percentuale di invalidità dall'80% al 100%
S02	Invalidi per servizio appartenenti dalla 2 <sup>a</sup> categoria alla 5 <sup>a</sup>
C03	Invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3
C01	Invalidi civili 100% senza indennità di accompagnamento
C02	Invalidi civili 100% con indennità di accompagnamento
C04	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza
C06	Sordomuti
C05	Ciechi assoluti e soggetti con visus in entrambi gli occhi pari o inferiore a 1/20
G02 **	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 <sup>a</sup> alla 8 <sup>a</sup>
L03 **	Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3
V01 **	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
L04 **	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali
S03 **	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 <sup>a</sup> alla 8 <sup>a</sup>
G01	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 <sup>a</sup> alla 5 <sup>a</sup> Deportati e internati nei campi di concentramento nazista KZ (art.1 L. 18.11.1980 e art. 1 D.P.R. 6.10.1963 n°2043 e L. 14.3.1961 n°130) Perseguitati politici (L. 3.4.1961 n°284) Invalidi della R.S.I. (L. 24.11.1961 n°1298)
S01	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 <sup>a</sup> categoria, titolari di specifica pensione
N01 **	Soggetti danneggiati a causa di: - vaccinazioni obbligatorie - trasfusioni - somministrazioni di emoderivati (art. 2, comma 5, L. 25.02.1992 n° 210 e successive modificazioni)

# Esenzioni per Malattie Rare

- D.M. 18 maggio 2001, n.279 (pubblicato in G.U. n.160 del 12 luglio 2001, S.O. n.180/L)
- Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie
- **La Regione Piemonte, con DGR n. 38 -15326 del 12 aprile 2005, ha individuato ulteriori cinquantuno malattie rare che danno diritto all'esenzione.**

**RILASCIATO DALL' ASL DI RESIDENZA SULLA BASE DI CERTIFICATO SPECIALISTICO : NON CONTIENE ELENCO DI PRESTAZIONI ESENTI CHE VENGONO INDICATE DIRETTAMENTE DAL PRESCRITTORE SULLA BASE DELL'ATTINENZA CON LA PATOLOGIA ESENTE**



# Protocollo per maternità

- GAZZETTA UFFICIALE 20 OTTOBRE 1998 N. 245 DECRETO 10 SETTEMBRE 1998 AGGIORNAMENTO DEL DECRETO MINISTERIALE 6 MARZO 1995 CONCERNENTE L'AGGIORNAMENTO DEL DECRETO MINISTERIALE 14 APRILE 1984 RECANTE PROTOCOLLI DI ACCESSO AGLI ESAMI DI LABORATORIO E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE PER LE DONNE IN STATO DI GRAVIDANZA ED A TUTELA DELLA MATERNITA'.
- **Sintesi dei contenuti del provvedimento:**
- **Art. 1. [Sono concesse dal SSN]:**
- 1. Le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio (d.s.e l.) e le altre prestazioni specialistiche (pr.spec.) indicate dal presente decreto e dagli allegati A, B e C, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.
- 2. La prescrizione delle prestazioni di d.s.el. e delle altre pr. Spec. e' effettuata dai MMG o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista e' obbligatoria nei casi previsti dall'art. 2 e degli allegati A, B e C.
- **Art. 2. Esenzione spesa:**
- 1. Tests preconcezionali per difetti genetici su prescr. Specialistica, in caso di anamnesi positiva per rischio fetale :
- 2. Prestazioni necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.
- 3. Prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale, nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato C, prescritte dallo specialista. E' necessario indicare la diagnosi o il sospetto

NON VIENE RILASCIATO UN ATTESTATO DI ESENZIONE DALL'ASL MA E' DIRETTAMENTE IL PRESCRITTORE CHE ATTESTA TALE DIRITTO APPONENDO SULL'IMPEGNATIVA UN PARTICOLARE CODICE A SECONDA DEL PERIODO DELLA GRAVIDANZA O PERIODO PRECONCEZIONALE



## ... RIMANENDO IN TEMA DI FARMACI



Al fine di contenere la spesa farmaceutica, la Regione Piemonte ha introdotto, con la D.G.R. n° 57 - 5740 del 3 aprile 2002, un ticket sui farmaci concedibili dal S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) così strutturato:

Euro 2 per ogni pezzo di farmaco prescritto fino a un massimo di Euro 4 per ricetta

derogano a tale disposizione:

- gli antibiotici in confezione monodose
- i medicinali a base di interferone per affetti da epatite cronica
- i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi che sono soggetti alla quota fissa di Euro 1 per pezzo, fino ad un massimo di Euro 4 per ricetta;
- per i farmaci analgesici oppiacei per la terapia del dolore (legge 12/2001), per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni, il ticket è stabi-

lito in Euro 1 per ogni preparazione prescritta fino ad un massimo di Euro 2 per ricetta.

In base alle disposizioni di cui alla D. G.R. n°57 - 5740 del 3 aprile 2002 e della successiva D.G.R. n°1 - 6053 del 14 maggio 2002, sono esenti dal pagamento del ticket sui farmaci:

- parzialmente, gli assistiti in possesso di un attestato di esenzione ticket per patologia (rilasciato dalla ASL), che, per i farmaci collegati alla patologia oggetto dell'esenzione, pagano un ticket ridotto pari a Euro 1 per pezzo, fino ad un massimo di Euro 3 per ricetta (a questi soggetti, infatti, possono essere prescritti sino a tre pezzi su di una unica ricetta);
- totalmente, gli assistiti in possesso di un attestato di esenzione ticket per invalidità, rilasciato dalla ASL, recante l'indicazione di uno dei seguenti codici: 48 - 48C - 49 - 50 - 50C - 51 - 52 - 52C - 53 - 53B - 54 - 55 - 56 - 59 - 90;
- totalmente, gli assistiti con età superiore a 65 anni che hanno come unica fonte di reddito la pensione al minimo o l'assegno sociale: a questi ultimi la Regione Piemonte ha inviato direttamente, a domicilio, un attestato di esenzione, basandosi sugli elenchi forniti dall'INPS all'Assessorato alla Sanità del Piemonte.

In tutti i casi di cui ai tre punti precedenti, gli attestati di esenzione devono essere presentati dall'assistito al proprio medico di medicina generale (medico di famiglia), per ottenere la prescrizione di un farmaco: infatti, per poter fruire dell'esenzione, è necessario che il medico indichi sulla ricetta, nell'apposito riquadro in alto a sinistra, il codice riportato sull'attestato.

# USAMI

## non abusare di me!



### I farmaci sono l'unica risposta al tuo problema di salute?

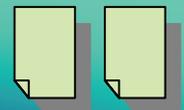
### Rivolgiti al tuo Medico Parlane al Farmacista



A cura di: Educazione alla salute e  
Dipartimento Ass. Farmaceutica e  
MMG

# Esenzione ticket per farmaci

- Dal 1° gennaio 2008, tutti i cittadini piemontesi appartenenti a nuclei familiari il cui reddito complessivo sia inferiore ai 36.151,68 euro, indipendentemente dall'età, non pagano più il ticket sui farmaci (DGR n. 51-7754 del 10 dicembre 2007 e nota Regione Piemonte - Direzione Sanità n. 9072/20 del 12 dicembre 2007).
- Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, per nucleo familiare deve intendersi quello rilevante ai fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari a carico, cioè quelli non fiscalmente indipendenti, in quanto titolari di un reddito annuo inferiore a 2.840,51 euro.
- Coloro che rientrano nella nuova fascia di esenzione e che vogliono usufruire di questo diritto dovranno dotarsi di attestato di esenzione, rilasciato dall'ASL di residenza sulla base di un' autocertificazione.
- Con l'entrata in vigore della delibera, i disoccupati in attesa di prima occupazione compresi negli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego, gli iscritti alle liste di mobilità e i lavoratori in cassa integrazione straordinaria, devono quindi provvedere a munirsi di un nuovo certificato.
- Rimarranno invece validi fino al **31 dicembre 2009** gli attestati già rilasciati dall'ASL di Novara.
- **Autocertificazione:**  
L'esenzione viene rilasciata previa autocertificazione dei requisiti, sottoscritta dall'interessato o da un suo familiare.



**Avvertenze per l'uso**

**Nessuna procedura  
funziona**

**senza  
l'equilibrato buon senso  
dell'utilizzatore**





Πάντα ρεῖ



*Grazie per l'attenzione*