

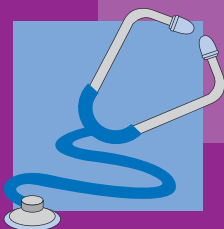
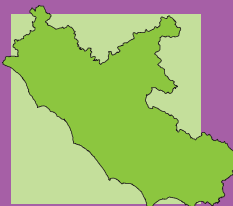
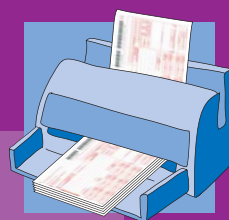
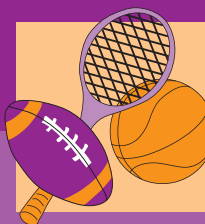


LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE  
LAZIO

# La Prescrizione di Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali



Seconda Edizione **maggio 2010**

# La Prescrizione di Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

Si ringraziano per la collaborazione

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO), Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), Federazione Italiana Medici Medicina Generale (FIMMG), Intesa sindacale, Sindacato Medici Italiani (SMI), Sindacato Nazionale Autonomi Medici Italiani (SNAMI), Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (SUMAI).

A cura di:

- Silvia Bacocco
- Annalisa Cardarelli
- Vanessa Fabriani
- Carmelina Guerrera
- Amina Pasquarella
- Luisa Seminara
- Cinzia Torri
- Ester Zantedeschi
- Gabriella Guasticchi

**Prima Edizione** Settembre 2003  
**Seconda Edizione** Maggio 2010

**Legenda per la lettura del documento:**

*[n°]* = riferimenti normativi in allegato

# Indice

- **Premessa** pag. 5
- **Norme e regole per la prescrizione medica** pag. 6
  - 1. Il ricettario regionale pag. 7
  - 2. Le visite specialistiche pag. 14
  - 3. Le indagini di laboratorio pag. 16
  - 4. Le indagini di diagnostica strumentale pag. 17
  - 5. Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione pag. 18
  - 6. Le prescrizioni dello specialista pag. 20
  - 7. Le prestazioni pre e post ricovero pag. 21
  - 8. La prescrizione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) pag. 22
  - 9. Le prestazioni di Medicina Sportiva pag. 26
  - 10. Come indicare il diritto all'esenzione pag. 29
- **Normativa** pag. 39
  - La normativa nazionale pag. 41
  - La normativa della Regione Lazio pag. 47
- **Schede informative** pag. 52
  - Sistemi di prenotazione regionali pag. 53
  - Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali pag. 56
- **Illustrazione della ricetta** pag. 59
  - Illustrazione della ricetta (fronte) pag. 60
  - Illustrazione della ricetta (retro) pag. 62

# Premessa

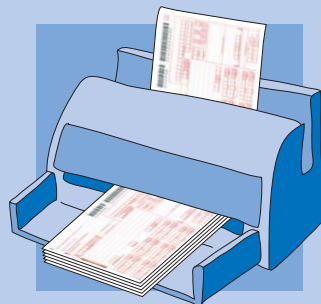
La correttezza della compilazione di una ricetta presuppone, da una parte, l'appropriatezza dal punto di vista clinico, dall'altra l'accuratezza della sua compilazione rispetto a requisiti di chiarezza, completezza e conformità alle regole. Questi ultimi tre elementi, spesso trascurati nella pratica corrente, rappresentano in realtà elementi di garanzia per l'assistito e per lo stesso medico prescrittore e costituiscono le variabili fondamentali cui riferire l'affidabilità dei dati della ricetta, nell'ambito del loro utilizzo all'interno dei sistemi informativi sanitari.

Questo documento è la revisione del manuale pubblicato e diffuso nel settembre 2003; nasce dalla necessità di mettere a disposizione di tutti i soggetti coinvolti nell'atto della prescrizione di un'indagine diagnostica, di una visita specialistica, di un intervento terapeutico a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) uno strumento che, sulla base della normativa vigente, fornisca le corrette modalità di utilizzo del nuovo ricettario nazionale.

Con questo manuale si intende anche agevolare l'accesso del cittadino-utente presso tutte le strutture erogatrici del territorio, evitando che si verifichino disservizi tra prescrittori ed operatori addetti ai servizi di prenotazione ed accettazione, con conseguenti disagi per i cittadini.

# **Norme e regole per la prescrizione medica**

# 1. Il ricettario regionale



Il ricettario regionale è costituito da moduli a lettura ottica, bianchi con le fincature di colore rosso, stampato con modello standard dall'Istituto Poligrafico dello Stato. Tutti i medici dipendenti di strutture pubbliche ed i medici convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) sono tenuti ad utilizzarlo per la prescrizione di farmaci, prodotti galenici e prestazioni da erogare a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È utilizzato per i cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale.

*[23][47][39][67][46][10]*

La **compilazione** delle aree della ricetta per le quali non è prevista la rilevazione dei dati mediante la lettura ottica non richiede particolari modalità. È fortemente raccomandato mantenere la scrittura leggibile e l'apposizione di timbri, ad inchiostro nero non oleoso, nei limiti degli spazi previsti allo scopo di evitare l'invasione delle zone predisposte per la lettura ottica.

La compilazione delle zone destinate alla lettura ottica richiede la più scrupolosa osservanza delle istruzioni e delle avvertenze di seguito riportate.

La trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici nelle caselle a ciò destinate deve essere effettuata, da parte del prescrittore, con le seguenti modalità:

- a. scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando caratteri di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica;
- b. riportare un solo carattere in ciascuna casella;
- c. occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato;

- d. non legare i caratteri tra loro;
- e. usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero;
- f. evitare assolutamente cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- g. evitare puntini, linee, virgole o barrature tra i caratteri;
- h. non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione degli elementi indicanti le “Note”, emesse dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) o dalle Regioni, che devono necessariamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia indicate.

La compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una X) all’interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa.

È fortemente consigliato l’impiego di procedure informatizzate e di relative stampanti laser o a getto d’inchiostro. [7][8][76]

Il ricettario regionale può essere usato per la **prescrizione** di:

- farmaci
- visite specialistiche
- indagini di laboratorio
- indagini di diagnostica strumentale
- prestazioni di medicina fisica e riabilitazione
- prestazioni terapeutiche
- ricovero ospedaliero
- trasporto in ambulanza
- presidi medico-chirurgici ed ausili
- cure termali

Per quel che riguarda le **prestazioni di specialistica ambulatoriale**:

- in ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca, escludendo dal conteggio i prelievi che devono comunque essere riportati in ricetta [33]
- non possono essere prescritte, in un’unica ricetta, prestazioni afferenti a branche diverse [33][34][38][24]



La ricetta ha **validità** di trenta giorni, periodo durante il quale l'assistito deve presentare la richiesta per l'effettuazione della prestazione o per la prenotazione della stessa.

Nel caso in cui la prestazione presenti un'attesa superiore al periodo di validità della ricetta, tale validità deve intendersi estesa fino al momento dell'effettiva erogazione della prestazione. La validità si intende estesa anche nel caso di prenotazione attraverso ReCUP.

I soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati, pertanto, non possono richiedere il rinnovo della ricetta se la prenotazione è stata effettuata dall'interessato in tempo utile e l'erogazione è ritardata da fattori contingenti e dipendenti dall'organizzazione propria dell'erogatore. **[32][81][70]**

Qualora il medico prescrittore ne ravvisi la necessità, è opportuno che segnali l'urgenza della prestazione, contestualmente al quesito diagnostico, sulla base dell'Accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni del 2002 ed in coerenza, laddove esistenti, con le specifiche procedure regionali/aziendali concordate con le rappresentanze di categoria dei soggetti prescrittori. **[11][81]**

In caso di furto o smarrimento del ricettario, il medico è obbligato a presentare immediata denuncia alla competente Autorità Giudiziaria, precisando la numerazione dello stesso, e a darne comunicazione al Direttore Generale dell'Azienda sanitaria di appartenenza.

La ricetta deve riportare, a cura del medico prescrittore:

## **INFORMAZIONI OBBLIGATORIE**

### **Codice fiscale**

Identificativo dell'assistito, da registrare nell'apposita area, mediante la trascrizione manuale o informatizzata del codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. **[2][10][45]**

### **Generalità ed indirizzo dell'assistito**

L'indicazione in chiaro del cognome e del nome dell'assistito e il domicilio dello stesso, ovvero le iniziali nei casi previsti dalla legge, costituisce un

adempimento necessario per la validità dell'atto prescrittivo, anche in presenza dell'indicazione del codice fiscale. [10][19][35]

### **Prescrizione**

Le prestazioni devono essere richieste utilizzando le esatte definizioni individuate dal Nomenclatore Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, rispettando le indicazioni della normativa vigente. [50][51][66]

### **Quesito/Sospetto diagnostico - Diagnosi**

La richiesta di prestazioni specialistiche è corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico, da utilizzare, laddove previsto, e da riportare nello "spazio con una sola riga posta al di sotto delle precedenti", nel rispetto della legge sulla tutela della privacy. [4][19][35][58]

### **Codice regionale, Cognome e Nome del medico prescrittore, Timbro e Firma**

Nello spazio apposito devono essere apposti il timbro e la firma del medico, MMG o PLS; nel caso di sostituzione, devono essere apposti il timbro e la firma del medico sostituto.

I medici che operano nelle strutture a gestione diretta delle Asl o nelle Aziende Ospedaliere devono apporre il timbro che ne identifichi l'Unità Operativa di afferenza.

### **Numero prestazioni prescritte**

Il medico deve indicare nell'apposita area, con allineamento a destra ed inserimento di zeri non significativi, il numero complessivo di prestazioni prescritte.

### **Data di compilazione della ricetta**

Il medico deve compilare le sei caselle contigue, predisposte per la lettura ottica, destinate all'indicazione della data di compilazione della prescrizione nel formato giorno, mese, anno (gg/mm/aa). [10]

### **Codice di Esenzione**

Il medico prescrittore deve compilare le caselle contigue, relative al codice di esenzione, nel caso di malattie croniche ed invalidanti, malattie rare, diagnosi

precoce, invalidità, gravidanza o altra condizione prevista dalla normativa vigente, con esclusione dell'esenzione per reddito (per la quale si rimanda al paragrafo n. 10). [17][13][16][24][73][60]

### Stampa PC

Da selezionare da parte del Medico prescrittore solo in caso di ricetta informatizzata.

### Asl e provincia di competenza dell'assistito

La compilazione deve essere sempre effettuata, anche quando la Asl di competenza dell'assistito - desumibile dal documento di iscrizione al SSN - coincide con quella del medico che rilascia la ricetta.

Tale area non deve essere compilata nel caso di:

- assistiti "STP";
- personale navigante iscritto al Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti (SASN);
- assicurati da istituzioni estere. [10]

## INFORMAZIONI FACOLTATIVE

### Specifiche indicazioni

- **suggerita**, se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico. Il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "S";
- **ricovero ospedaliero**, se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera. Il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "H";
- **altro**, da utilizzare per altre tipologie di prestazioni di pertinenza regionale o di Asl o SASN. [10]

### Priorità della Prestazione

È indicata dal medico prescrittore sulla base di specifiche indicazioni regionali:

- lettera "U" **urgente**, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;

- lettera “**B**” **breve**, da eseguire entro 10 giorni;
- lettera “**D**” **differita**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- lettera “**P**” **programmata**, da eseguire senza priorità. [55]

## STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI IN ITALIA (STP)

Gli stranieri temporaneamente presenti (STP), senza permesso di soggiorno e in stato di indigenza, devono dotarsi di una tessera STP, rilasciata dalle strutture sanitarie pubbliche, per poter usufruire gratuitamente dei servizi sanitari.

Il medico prescrittore dovrà compilare la ricetta secondo le modalità generali e dovrà trascrivere:

- l’acronimo STP nel campo “Codice fiscale” seguito dai numeri presenti sulla tessera
- la sigla ST nel campo “tipo ricetta”.

Il campo “Sigla provincia/Codice ASL di competenza” non dovrà essere compilato.

## EUROPEI NON ISCRITTI (ENI)

La Regione Lazio con le circolari nn. prot. 43510/4V/20/576 del 17/4/07, 75347/4V/20 del 10/7/07, 94287/4J/06 del 6/9/07, 118966/4J06/1450 del 7/11/07, 47731/53/07 del 12/4/10 ha riconosciuto ai cittadini neo-comunitari, in particolare quelli in condizioni di fragilità sociale e/o in stato di indigenza, privi di copertura sanitaria (non in possesso di Tessera TEAM rilasciata dal Paese di provenienza), le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Per questi cittadini deve essere utilizzato “... il codice ENI (Europeo Non Iscritto) che sostituisce il codice STP, eventualmente già assegnato in precedenza, e verrà attribuito con durata semestrale rinnovabile ...”.

Il medico prescrittore dovrà compilare la ricetta secondo le modalità generali e dovrà trascrivere:

- nel campo “Codice Fiscale” l’acronimo ENI seguito dai numeri presenti sulla tessera

## **SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE**

Gli assicurati esteri in temporaneo soggiorno o residenti si possono rivolgere ai medici del Servizio Sanitario Nazionale soltanto esibendo la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o documento equivalente rilasciato dalle strutture sanitarie del Paese di origine.

Il medico prescrittore dovrà compilare la ricetta, secondo le modalità generali e dovrà trascrivere:

- la sigla UE (nel caso di assistiti dei Paesi della comunità europea)
- EE (nel caso di assistiti dei Paesi con Accordi bilaterali) nel campo “tipo ricetta”.

Inoltre, nel verso della ricetta, nell’area “soggetti assicurati da istituzioni estere”, dovranno essere riportati, per quanto riguarda i possessori di Tessera Europea di Assicurazione Malattia:

- la sigla dello stato estero, la descrizione ed il codice dell’istituzione competente
- il numero di identificazione personale
- il numero di identificazione della tessera europea di assicurazione malattia
- la data di nascita dell’assistito
- la data di scadenza (dovrà essere apposta la firma dell’assistito nello specifico spazio).

Per quanto concerne i titolari di altri attestati di diritto comunitari e nel caso di assistiti di paesi con accordi bilaterali (Extra UE) i dati da indicare sono quelli riportati negli appositi moduli.

## 2. Le visite specialistiche



La richiesta di visita specialistica ha funzione di consulenza diagnostica o terapeutica e quindi dovrebbe essere corredata dal quesito diagnostico o dalla diagnosi. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini, per assolvere al compito di consulenza, formula direttamente le relative richieste. A tal fine, lo specialista, dipendente di struttura pubblica o convenzionato con il SSR, utilizza il ricettario regionale. **[39][10]**

In una ricetta possono essere prescritte una sola visita specialistica e le prestazioni relative al quesito diagnostico afferenti alla medesima branca, mantenendo il limite delle otto prestazioni per ricetta (compresa la visita). **[38]**

Per “Visita specialistica - prima visita” si definisce la visita in cui viene affrontato per la prima volta un preciso problema del paziente, tale da motivare il suo ricorso alla struttura ambulatoriale specialistica. **[26]**

Ad esempio in caso di richiesta di prima visita oculistica, il medico deve richiedere l'esame complessivo dell'occhio nel quale sono compresi tutti gli esami - esame del fundus oculi, tomografia, test di provocazione ed altri test per il glaucoma - necessari a rendere tale visita esaustiva per rispondere al quesito clinico. Gli esami sopra indicati, quando effettuati, come parte della prima visita specialistica, non possono essere indicati come aggiuntivi. **[14]**

Per “Visita di controllo - visita successiva alla prima” si definisce la visita nella quale un problema già noto viene rivalutato, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita. Le visite, successive alla prima, di un paziente con patologia cronica, per lo stesso problema, vanno sempre considerate come visite di controllo, purché vengano effettuate nella stessa struttura. **[26]**

L'assistito può accedere direttamente, senza richiesta del medico curante (Accesso diretto)\* alle seguenti specialità: **[4][20][30][44][58]**

- odontoiatria
- ostetricia e ginecologia
- pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno potuto scegliere il pediatra di libera scelta)
- psichiatria
- oculistica, per le prestazioni optometriche
- attività dei servizi di prevenzione e consultoriali

---

\* In questo caso il medico della struttura erogatrice che effettua la prestazione prescrive, direttamente su proprio ricettario regionale, la prestazione eseguita per le suddette specialità.

### 3. Le indagini di laboratorio



Le indagini di laboratorio comprendono accertamenti di biochimica, immunologia, immunoematologia-tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica-biologia molecolare, citologia-istologia e anatomia patologica che vengono effettuati da laboratori di analisi.

Le esatte denominazioni delle indagini prescrivibili sono indicate nel Nomenclatore Tariffario regionale, cui il prescrittore si riferisce per indicare esattamente la tipologia di indagine richiesta.

**[83][44][50][51][71]**

Nel caso di prestazioni seriate, da eseguirsi in giorni diversi per determinazioni riferite allo stesso quesito clinico (esempio: ricerca sangue occulto nelle feci per tre giorni consecutivi, dosaggio ormonale ai giorni 7°, 14° e 21° del ciclo mestruale), queste possono essere prescritte in un'unica ricetta, sempre nel limite delle otto prestazioni della medesima branca (dal conteggio vanno esclusi i prelievi che devono comunque essere riportati in ricetta) e nel limite di validità di trenta giorni della ricetta.



## 4. Le indagini di diagnostica strumentale



Le prestazioni di diagnostica strumentale, attraverso l'utilizzo di specifiche tecniche strumentali ed avvalendosi della competenza di medici specialisti, sono a supporto della formulazione della diagnosi e della terapia.

Il prescrittore, nel caso nel NTR sia presente una prestazione unica, comprensiva di prestazioni singole, ad essa riconducibili, è tenuto a prescrivere la prestazione unica e complessiva e non le singole frazioni della stessa (esempio: RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico vs RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE + RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) + RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE + RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca).

Lo specialista, che esegue l'indagine diagnostica su indicazione del curante, ha facoltà di subordinare l'esecuzione della prestazione ad ulteriori accertamenti o a visita preliminare, prescrivendo le ulteriori prestazioni direttamente su proprio ricettario regionale.

Il medico specialista, essendo responsabile della prestazione, è il solo in grado di esprimere un giudizio obiettivo sull'effettiva utilità della stessa. Il MMG o il PLS hanno solo potere di proposta, non vincolante per lo specialista (Decisione n. 562 del 16/02/1996 del Consiglio di Stato, Sezione V).

## 5. Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione



L'erogazione delle prestazioni ricomprese nella specialità Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale è subordinata alla sussistenza di taluni presupposti relativi alla presenza di quadri patologici definiti, all'età degli assistiti, ad un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione etc. ovvero a specifiche modalità di erogazione, inerenti la durata minima della prestazione, la non associabilità con altre prestazioni definite etc. [74][77][78]

A seguito dell'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le prestazioni non più erogabili dal SSR sono:

*Esercizio assistito in acqua, Idromassoterapia, Ginnastica vascolare in acqua, Diatermia ad onde corte e microonde, Agopuntura con moxa revulsivante, Ipertermia nas, Massoterapia distrettuale-riflessogena, Presso terapia o presso-depressoterapia intermittente, Trazione scheletrica, Ionoforesi, Fotoforesi terapeutica, Laserterapia antalgica, Elettroterapia Antalgica Diadinamica, Elettroterapia Antalgica Elettroanalgesia Transcutanea ed Ultrasonoterapia.* [15][3][72]

La ricetta con prescrizione di prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione da erogare secondo cicli di terapia, può contenere sino a tre cicli per dieci sedute, fatto salvo che per le specifiche patologie individuate nel DM 20 ottobre 1998 e di seguito indicate, per le quali ciascuna ricetta può contenere un numero non superiore a sei cicli per dieci sedute: [28]

- a. fase acuta o immediatamente post-acuta delle disabilità conseguenti a patologie neurologiche di origine traumatica, vascolare, neoplastica o iatrogena;

- b.** fase acuta delle disabilità temporanee, secondarie a patologie traumatiche od ortopediche a carico della spalla, dell'anca, del ginocchio e del femore, del rachide e del bacino;
- c.** disabilità correlate agli esiti di ustioni gravi;
- d.** fase post acuta delle disabilità secondarie ad interventi chirurgici di mastectomia con linfadenectomia ascellare e ad interventi a carico dei visceri endotoracici;
- e.** fase post acuta o di riacutizzazione delle disabilità secondarie o gravi patologie osteoarticolari.

Il medico prescrittore può formulare una prescrizione sul ricettario regionale o, in alternativa, indirizzare il paziente a visita specialistica fisiatrica, con richiesta possibilmente corredata dal sospetto diagnostico.

Nel caso in cui il paziente venga indirizzato a visita specialistica fisiatrica, lo specialista prescrive direttamente tutte le indagini ritenute necessarie rispetto al quesito diagnostico e, successivamente, le prestazioni ritenute più opportune.

## 6. Le prescrizioni dello specialista



I medici specialisti, dipendenti del SSR o convenzionati, prescrivono direttamente, su ricettario regionale, accertamenti ritenuti necessari per il paziente. Una volta effettuato l'accertamento, il medico specialista consegna al paziente, in busta chiusa, per il suo medico curante, le conclusioni diagnostiche ed i consigli terapeutici.

Anche nel caso di pazienti inviati da MMG o PLS, se lo specialista ritiene opportuno eseguire o procedere ad ulteriori esami strumentali o di laboratorio, o a consulenze di altri specialisti, lo stesso formula direttamente le proprie richieste sul ricettario regionale.

Allo stesso modo, nel caso intenda rivedere il paziente entro trenta giorni, procede alla formulazione della richiesta sul proprio ricettario regionale.

Solo laddove esistano oggettive difficoltà nella prescrizione diretta da parte dello specialista, la prestazione può essere richiesta dal MMG o dal PLS, con la trascrizione della richiesta specialistica e la compilazione della casella “suggerita”. [1][5][10][21][44]

## 7. Le prestazioni pre e post ricovero



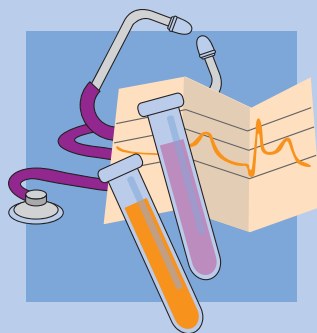
La normativa vigente ribadisce che il rimborso per DRG comprende tutti i costi collegati al ricovero ospedaliero, riferibili a: esami utili a formulare la diagnosi, controlli atti a verificare l'operabilità del paziente, sala operatoria, degenza, prestazioni post-dimissione comprendenti anche medicazioni e rimozione di punti di sutura. **[36]**

La richiesta di prestazioni correlate al ricovero programmato, sia in regime ordinario che diurno, relativamente agli accertamenti di pre-ospedalizzazione, non deve essere effettuata dal MMG o PLS.

Similmente le prestazioni post-dimissione, inerenti la patologia oggetto del ricovero, effettuate entro trenta giorni dalla dimissione, devono essere prescritte da medici del reparto in cui è stato effettuato il ricovero.

Le prestazioni ambulatoriali collegate al ricovero ospedaliero sono quindi da prescrivere da parte del medico della struttura di ricovero, effettuate presso la stessa struttura e gratuite per l'assistito. Comportamenti opportunistici delle strutture di ricovero, in tale ambito, costituiscono un illecito amministrativo. **[4][6][34][37][44][75][79][82]**

## 8. La prescrizione di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC)



La Regione Lazio prevede una nuova modalità assistenziale ambulatoriale (Day Service) [59] per i pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata. Nell'ambito di tale modalità assistenziale, vengono erogati i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), insiemi di prestazioni multidisciplinari ed integrate per la gestione di specifici problemi sanitari, diagnostici e/o terapeutici, che vengono erogati in un arco temporale ristretto e si concludono con la stesura di una relazione clinica riassuntiva.

La proposta di attivazione di PAC viene effettuata dal MMG, dal PLS, dal medico specialista territoriale od ospedaliero che, utilizzando il ricettario regionale, richiede "VISITA SPECIALISTICA PER PAC" specificando il PAC di riferimento. Nella richiesta di PAC, effettuata dal medico specialista, referente per lo specifico PAC, può essere prescritto anche un numero di prestazioni superiore ad otto; le prestazioni possono essere riferite a più branche specialistiche, purché incluse nell'elenco delle prestazioni componenti lo specifico PAC.

Per ogni ricetta che riporta le prestazioni da effettuare all'interno del PAC, è prevista la partecipazione alla spesa (ticket) da parte del cittadino, ad esclusione dei cittadini esenti per categorie con esenzione totale.

I cittadini con esenzione parziale usufruiscono, senza partecipazione alla spesa, dei PAC strettamente correlati alla specifica patologia o malattia invalidante, come nel caso di esenzione per l'ipertensione arteriosa valida anche per il PAC della Sindrome metabolica.

Per i PAC diagnostici, il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo è consentito esclusivamente ai cittadini affetti da malattie rare, per i quali il SSN prevede particolari forme di tutela che consistono nell'esenzione dalla partecipazione al costo di tutte le prestazioni sanitarie necessarie sia per la diagnosi

che per il trattamento della specifica malattia. [17]

Le prestazioni inserite all'interno dell'elenco di ciascun PAC, ma non presenti nel Nomenclatore Tariffario vigente, si intendono erogabili esclusivamente all'interno dei relativi PAC con le relative tariffe.

I PAC, attivabili al momento della stesura del presente documento, sono quelli di seguito indicati: [59][57][55][54][53]

1. PAC per il follow-up del bambino altamente pretermine (P7650A, P7650B1, P7650B2, P7650C, P7650D, P7650E, P7650F, P7650G)
2. PAC diagnostico per l'ipertensione (P401)
3. PAC diagnostico per il nodulo tiroideo (P241)
4. PAC diagnostico per l'anemia (P2859)
5. PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci (PV58)  
[47] [46]
6. PAC diagnostico per la celiachia (P5790A)
7. PAC diagnostico per la perdita transitoria di coscienza (P78002)
8. PAC diagnostico per il dolore toracico (P7865)
9. PAC per la gestione dello scompenso cardiaco (P428)
10. PAC per il diabete neodiagnosticato e non complicato (P2500)
11. PAC per la broncopatia cronica ostruttiva con e senza insufficienza respiratoria cronica (P4912)
12. PAC per l'asma bronchiale (P4939)
13. PAC diagnostico per la sclerosi multipla (P340)
14. PAC per epilessia (P345)
15. PAC per il deterioramento delle funzioni cognitive (P331)
16. PAC per i disturbi dell'equilibrio (P7804)
17. PAC per l'obesità (P27801)
18. PAC per la sindrome metabolica (P2777)
19. PAC diagnostico per la cefalea ed altre sindromi dolorose neurologiche (P7840A)
20. PAC diagnostico per la cefalea in età pediatrica (P7840B)
21. PAC per i disturbi dell'alimentazione (P3075)
22. PAC per i disturbi dello spettro autistico dell'età evolutiva (P299)

23. PAC per i disturbi della regolazione dell'età evolutiva(P307)
24. PAC per il disturbo post-traumatico da stress in età evolutiva (P309)
25. PAC per i disturbi misti della condotta dell'età evolutiva (P312)
26. PAC per i disturbi dell'emotività dell'età evolutiva (P313)
27. PAC per disturbi specifici neuropsicologici dell'età evolutiva (P315)
28. PAC diagnostico per l'addensamento polmonare (P2357)
29. PAC per la rivalutazione ed il follow-up di neoplasia polmonare (P162)
30. PAC per la stadiazione e la rivalutazione di neoplasia mammaria (P174)
31. PAC per il follow-up della cardiopatia ischemica (P414)
32. PAC per la diagnosi ed il follow-up delle aritmie cardiache (P427)
33. PAC per il monitoraggio dei pazienti in terapia antiretrovirale a viremia soppressa (PV5869)
34. PAC diagnostico per il paziente HIV NAIVE (PV08)

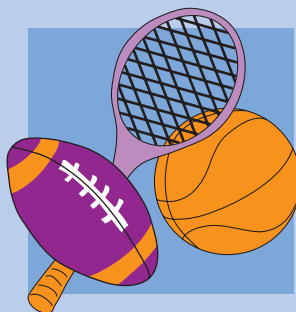
Con il DPCA n. 1 del 12 gennaio 2010 "Adeguatezza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), prestazioni e Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)" sono stati introdotti i seguenti PAC:

35. PAC per la stadiazione e la rivalutazione di carcinoma del colon retto (P154)
36. PAC per la stadiazione e ristadiazione di sindrome linfoproliferativa (P200)
37. PAC diagnostico per sospetto di sindromi mieloproliferative croniche P2387
38. PAC per l'approfondimento diagnostico di sospetta lesione neoplastica mammaria (P2393)
39. PAC per il follow-up del bambino affetto da deficit di GH isolato o associato a deficit di altre tropine ipofisarie (TSH, ACTH, PRL, FSH, LH) (P253)
40. PAC diagnostico per i disturbi della pubertà (P259)
41. PAC diagnostico per disturbi emorragici e trombocitopenia (P287)
42. PAC diagnostico per patologie vascolari oculari (P362)
43. PAC diagnostico per flogosi uveali (P363)



44. PAC per la diagnosi e il follow-up delle patologie neuro-oftalmologiche (P377)
45. PAC per la sindrome vertiginosa (P386)
46. PAC diagnostico per gli acufeni (P388)
47. PAC per le ipoacusie (P389)
48. PAC per la diagnosi delle nefropatie (P583)
49. PAC per l'insufficienza renale cronica (P585A)
50. PAC per l'accertamento di idoneità al trapianto renale (P585B)
51. PAC per nefrolitiasi o per colica renale (P592)
52. PAC diagnostico per l'osteoporosi (P7330)
53. PAC per le patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario (P752/753)
54. PAC per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale (P750/751)
55. PAC diagnostico per ritardata crescita (P7834)
56. PAC diagnostico per adenolinfomegalia superficiale (P7856)
57. PAC Diagnostico per l'accertamento di idoneità del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (PV106/107)
58. PAC diagnostico per trombofilia (PV1251)
59. PAC per la selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche (PV5902)
60. PAC per lo studio donatore vivente (PV594)

## 9. Le prestazioni di medicina sportiva



La Regione Lazio, in attuazione delle finalità e degli obiettivi del SSN provvede alla promozione della tutela sanitaria delle attività sportive, alla promozione degli interventi relativi alla medicina dello sport, nonché alla promozione ed alla diffusione dell'educazione sanitaria relativa alla pratica della attività motoria e sportiva, quale strumento di idoneo sviluppo psicofisico e di miglioramento dello stato di salute.

Le attività sportive possono essere **agonistiche e non agonistiche**. [68][69]

La prescrizione va effettuata indicando le prestazioni riportate nelle sottostanti tabelle per le diverse tipologie di idoneità.

### ATTIVITÀ SPORTIVE AGONISTICHE

La certificazione di idoneità è rilasciata esclusivamente **dai medici specialisti in medicina dello sport, da liberi docenti in medicina dello sport o da medici in possesso dell'attestato** di cui all'articolo 8 della legge 26 ottobre 1971, n. 1099 (Tutela Sanitaria delle attività sportive). Il medico certificante compila anche una scheda di valutazione medico sportiva conforme ai modelli allegati al Decreto del Ministro della Sanità 18 febbraio 1982.

Gli sport sono stati suddivisi in due tipologie, a seconda dell'impegno necessario: gli sport di Tabella A, con impegno muscolare e cardio-respiratorio lieve o moderato, gli sport di Tabella B con impegno elevato.

Nella tabella seguente sono riportate le prestazioni relative alle idoneità per le tipologie sportive.

## Accertamento dell'idoneità agonistica in soggetti >18 anni

Sport di tabella "A"	Sport di tabella "B"
Visita medica Specialistica con certificazione	Visita medica Specialistica con certificazione
Esame completo delle urine	Esame completo delle urine
Elettrocardiogramma a riposo	Elettrocardiogramma a riposo
	Elettrocardiogramma dopo step-test con calcolo IRI
	Spirometria
Idoneità di tipo A <i>validità annuale o biennale</i>	Idoneità di tipo B <i>validità annuale</i>

## Accertamento dell'idoneità agonistica in soggetti <18 anni

Sport di tabella "A"	Sport di tabella "B"
Visita medica Specialistica con certificazione	Visita medica Specialistica con certificazione
Esame completo delle urine	Esame completo delle urine
Elettrocardiogramma a riposo	Elettrocardiogramma a riposo
	Elettrocardiogramma dopo step-test
	Spirometria
Idoneità di tipo A <i>validità annuale o biennale</i>	Idoneità di tipo B <i>validità annuale</i>

Ai fini della certificazione relativa all' idoneità sportiva agonistica, la Regione Lazio ha ravvisato l'esigenza di definire "tariffe sociali" al fine di favorire maggiormente la diffusione dell'attività sportiva in quanto forma di medicina preventiva di massa per la tutela della salute degli utenti e, in particolare, dei giovani che intendono praticare attività sportiva agonistica. [80]

Nella Regione Lazio a decorrere dal 1° marzo 2003 i cittadini di età inferiore ai diciotto anni sono esonerati dal pagamento della tariffa fissata per il rilascio della certificazione dell' idoneità sportiva agonistica. [68]

## **ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE**

La certificazione di idoneità sportiva non agonistica è rilasciata, su richiesta dell'utente ed a spese dello stesso, in seguito a visita medica (con attestazione di buona salute) e ad eventuali accertamenti, giudicati utili dal medico.

## **ATTIVITÀ SPORTIVA DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP**

La richiesta di certificazione per l'espletamento di attività sportive da parte dei portatori di handicap deve fare riferimento alle attività sportive adattate agli atleti disabili, secondo le norme ed i regolamenti della Federazione Italiana Sport Disabili; deve, inoltre, essere corredata da documentazione clinica, rilasciata da una struttura sanitaria, che attesti la patologia responsabile dell'handicap.

L'accertamento di idoneità per i soggetti portatori di handicap presuppone, ai sensi del decreto del Ministro della Sanità 4 marzo 1993, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 1993, n. 64, un giudizio altamente individualizzato, con analisi ed apprezzamento delle condizioni di invalidità del soggetto e delle caratteristiche biomeccaniche e di impegno funzionale dell'attività sportiva da svolgere. [65][66]

## 10. Come indicare il diritto all'esenzione



Nella stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni erogabili in regime di esenzione dal ticket insieme ad altre prestazioni non esenti.

Le Aziende Sanitarie Locali sono tenute, al momento del rilascio del tesserino di esenzione, a comunicare le prestazioni sanitarie correlate fruibili in regime di esenzione dalla partecipazione del costo. Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe le patologie, il medico prescrittore dovrà compilare due ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico. In caso di più esenzioni il medico è tenuto a indicare quella più favorevole al paziente.

*[24][38][49][10][13][16][17][60][73]*

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie dispongono verifiche sulla regolarità delle prescrizioni in regime di esenzione, da parte dei medici dipendenti e convenzionati, e sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione da parte degli assistiti. In caso di violazione delle disposizioni, si applicano le sanzioni previste dal codice penale. *[16][24][17][81][18][12][40][48][42][27]*

### **Nessuna Esenzione (N)**

In assenza del diritto dell'assistito alla esenzione alla partecipazione della spesa per invalidità, malattie croniche ed invalidanti, malattie rare o per altra condizione, il medico prescrittore deve barrare la casella contrassegnata dalla lettera **(N)**.

### **Esenzioni per reddito (R)**

L'indicazione dell'esenzione, in relazione al reddito, come specificato nella **tabella 1**, viene effettuata direttamente dall'assistito o, se questi è impossibili-

tato a causa delle sue condizioni di salute, da un suo delegato, al momento dell'erogazione della prestazione, mediante l'annullamento della casella contrassegnata dalla lettera **(R)**, con l'obbligo di firma autografa nello spazio contiguo.

In ogni caso, resta fermo che, laddove nessuno degli elementi dell'area esenzione risulti barrato o compilato dal medico e non risulti l'esenzione per motivi di reddito, la prestazione erogata non potrà essere soggetta ad esenzione da ticket.

## ESENZIONI PER MOTIVI SANITARI

### Malattie croniche ed invalidanti

In caso di esenzione riferita alle malattie croniche ed invalidanti, il medico prescrittore è tenuto a riportare nel riquadro "Codice Esenzione" le prime tre cifre del codice (compreso tra 001 e 056) della patologia per cui il paziente usufruisce dell'esenzione; facoltativamente può registrare le ulteriori tre cifre del codice per meglio identificare le prestazioni in esenzione associate (*tabella 2*).

### Malattie rare

In caso di esenzione riferita alle malattie rare (*tabella 2*), il medico prescrittore è tenuto a riportare nel riquadro "Codice Esenzione" l'intero codice a 6 caratteri della patologia per cui il paziente usufruisce dell'esenzione (R+cinque caratteri).

### Diagnosi precoce dei tumori

Qualora l'assistito ne abbia diritto, al di fuori dell'adesione a specifiche campagne di screening, il medico riporterà il **codice corrispondente** alla tipologia di esenzione riconosciuta (*tabella 3*). Per tale tipologia di esenzione, il prescrittore deve inoltre attenersi, rispetto alla ripetizione della richiesta di prestazioni, alle indicazioni relative agli intervalli temporali previsti dalla normativa vigente.

### Prevenzione

In caso di esenzione riferita alle prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, all'avviamento al lavoro e alla pratica vaccinale obbli-

gatoria o raccomandata, il medico riporterà il **codice corrispondente** alla tipologia di esenzione riconosciuta (*tabella 4*).

### **Invalidità**

In caso di esenzione per invalidità di guerra, vittime del terrorismo, servizio, del lavoro e civile, il medico riporterà il **codice corrispondente** alla tipologia di esenzione riconosciuta (*tabella 5*).

### **Altre esenzioni**

Per le prestazioni da prescrivere a: soggetti a rischio da HIV; soggetti donatori di organo; detenuti ed internati; danneggiati a causa di vaccinazioni; per il rilascio di certificati di idoneità sportiva, adozione, affidamento e servizio civile, il medico riporterà il **codice corrispondente** alla tipologia di esenzione riconosciuta (*tabella 6*).

## **ESENZIONI IN GRAVIDANZA E TUTELA DELLA MATERNITÀ**

La nuova codifica nazionale fa riferimento alle “prestazioni” previste dal protocollo diagnostico di cui al DM 10/09/98 (*tabella 7*). [29]

In caso di esenzione riferita allo stato di gravidanza e tutela della maternità, infatti, la normativa di riferimento è costituita dal Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998 che all'art. 1, comma 1, stabilisce *“Sono escluse dalla partecipazione al costo ... le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente decreto ..., fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico ginecologiche”*. Per poter fruire delle prestazioni di cui sopra *“La prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. **La prescrizione dello specialista è obbligatoria** nei casi previsti dall'articolo 2 e dagli allegati A, B e C.”*

I casi rientranti nell'articolo 2 e negli allegati A, B e C sono:

1. accertamento eventuali difetti genetici in funzione preconcezionale;
2. presenza di condizioni patologiche che comportino rischi per il feto o la madre;
3. diagnosi pre-natale, nel caso vi sia un rischio procreativo prevedibile a priori, o rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione;
4. minaccia di aborto. [56]

In caso di **gravidanza “a rischio” (M50)**, *“In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico”*.

In caso di **“minaccia di aborto”**, riconducibile all'interno del medesimo codice (M50), sono da includere in esenzione tutte le prestazioni specialistiche necessarie al monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

Pertanto è necessario che lo specialista indichi la diagnosi o il sospetto diagnostico sulla prescrizione affinché l'assistita avente diritto possa usufruire della prestazione specialistica in regime di esenzione.

Particolare attenzione deve essere effettuata nel prescrivere separatamente gli esami in esenzione, secondo il protocollo diagnostico di cui al DM 10/09/98, dagli ulteriori esami non esenti.

Sono escluse dalla partecipazione al costo le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la **diagnosi prenatale** nelle condizioni di rischio fetale, indicate dall'allegato C del D.Lgs 124/1998, tra le quali rientra la condizione di età materna avanzata uguale o maggiore di 35 anni. [32]

Si precisa inoltre che l'età materna avanzata, uguale o maggiore di 35 anni, utile per l'accesso senza oneri alla diagnosi prenatale e in particolare **all'amniocentesi**, va riferita al momento dell'erogazione della prestazione da parte della struttura sanitaria. [52]



Nelle tabelle sottostanti sono riportate le esenzioni, i relativi codici ed il tipo (totale T o parziale P).

**TABELLA 1**

<b>Esenzioni per reddito *</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
Soggetti di età <b>&lt;6 anni o &gt;65 anni con reddito familiare lordo complessivo inferiore a 36.151,98 euro</b> (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni).	<b>E01</b>	<b>T</b>
Disoccupati - e loro familiari a carico - con <b>reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico</b> (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni).	<b>E02</b>	<b>T</b>
<b>Titolari di assegno</b> (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni).	<b>E03</b>	<b>T</b>
<b>Titolari di pensione</b> al minimo, <b>&gt;60 anni</b> - e loro familiari a carico - con <b>reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico</b> (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni).	<b>E04</b>	<b>T</b>

**[10][60][61]**

**TABELLA 2**

<b>Esenzioni per malattie croniche ed invalidanti, malattie rare</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
<b>Patologie croniche e invalidanti</b> di cui al D.M. 329/99 e D.M. 296/01 e successive integrazioni e modificazioni. <b>[13][16][24][61]</b>	<b>001-056</b>	<b>P</b>
<b>Malattie rare (D.M. 279/01)</b> e successive integrazioni e modificazioni. <b>[13][16][24][61]</b>	<b>R+cinque caratteri</b>	<b>P</b>
<b>Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara</b> (art. 5 comma 2 del D.M. n. 279/01). <b>[13][17][61]</b>	<b>R99</b>	<b>P</b>

\* In base alla circolare regionale n. 39012 del 7/08/02, lo stato di **disoccupazione** è stato equiparato a quello di **inoccupato**. L'esenzione Ticket spetta, pertanto, sia ai disoccupati ai pensionati al minimo, nonché agli altri soggetti il cui reddito deve essere calcolato tenendo conto della consistenza del nucleo familiare, **ed agli inoccupati**.

**TABELLA 3**

<b>Esenzioni per diagnosi precoce</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di <b>screening</b> autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lettera a del D.lgs 29 aprile 1998 n. 124). <b>[32]</b>	<b>D01</b>	<b>P</b>
Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - <b>citologico</b> . <b>[18]</b>	<b>D02</b>	<b>P</b>
Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - <b>mammografico</b> . <b>[18]</b>	<b>D03</b>	<b>P</b>
Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - <b>colon-retto</b> . <b>[18]</b>	<b>D04</b>	<b>P</b>
Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della <b>mammella</b> (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000). <b>[18]</b>	<b>D05</b>	<b>P</b>

**TABELLA 4**

<b>Esenzioni per la prevenzione</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lettera b D.Lgs 29 aprile 1998 n. 124). <b>[32]</b>	<b>P01</b>	<b>P</b>
Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lettera b D.Lgs 29 aprile 1998 n. 124). <b>[32]</b>	<b>P02</b>	<b>P</b>
Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art.1 comma 4 lettera b D.Lgs 29 aprile 1998 n. 124). <b>[32]</b>	<b>P03</b>	<b>P</b>

**TABELLA 5**

Esenzioni per invalidità	Codice	Tipo
<b>INVALIDITÀ DI GUERRA</b>		
Invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia (dalla 1 <sup>^</sup> alla 5 <sup>^</sup> categoria) e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lettera a D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>G01</b>	<b>T</b>
Invalidi di guerra (dalla 6 <sup>^</sup> alla 8 <sup>^</sup> categoria) per le prestazioni correlate alla malattia invalidante (ex art. 6 comma 2 lettera a DM 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>G02</b>	<b>P</b>
<b>ESENEZIONE PER LE VITTIME DEL TERRORISMO</b>		
Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità <80% e loro familiari (ex art. 9 della L. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex. DPR 7 luglio 2006 n. 243). <b>[32][42]</b>	<b>V01</b>	<b>T</b>
<b>INVALIDITÀ PER SERVIZIO</b>		
Grandi invalidi per servizio (1 <sup>^</sup> categoria) - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>S01</b>	<b>T</b>
Invalidi per servizio (dalla 2 <sup>^</sup> alla 5 <sup>^</sup> categoria) (ex art. 6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>S02</b>	<b>T</b>
Invalidi per servizio (dalla 6 <sup>^</sup> alla 8 <sup>^</sup> categoria)(ex art. 6 comma 2 lettera d D.M. 01/02/1991) per prestazioni correlate alla patologia invalidante. <b>[41]</b>	<b>S03</b>	<b>P</b>
Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6 comma 1 L. 230/98). <b>[31]</b>	<b>S04</b>	<b>T</b>

*segue nella pagina a fianco ...*

<b>Esenzioni per invalidità</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
<b>INVALIDITÀ DEL LAVORO</b>		
Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità (ex art. 6 comma 1 lettera b D.M.01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>L01</b>	<b>T</b>
Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa maggiore di 2/3 - dall'67% al 79% di invalidità (ex art. 6 comma 1 lettera b D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>L02</b>	<b>T</b>
Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità (ex art. 6 comma 2 lettera b D.M. 01/02/1991) limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante. <b>[41]</b>	<b>L03</b>	<b>P</b>
Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lettera c D.M. 01/02/1991) Per le prestazioni correlate alla malattia invalidante (esenzione limitata al periodo di infortunio/malattia). <b>[41]</b>	<b>L04</b>	<b>P</b>
<b>INVALIDITÀ CIVILE</b>		
Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lettera d D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>C01</b>	<b>T</b>
Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lettera d D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>C02</b>	<b>T</b>
Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa maggiore di due terzi - dal 67% al 99% di invalidità (ex art. 6 comma 1 lettera c D.M. 01/02/1991). <b>[41]</b>	<b>C03</b>	<b>T</b>
Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art.1 L. 289/90 (ex art. 5 comma 6 D.Lgs 124/98) per le prestazioni correlate all'invalidità. <b>[43][32]</b>	<b>C04</b>	<b>P</b>
Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione invalidi civili ciechi - ai sensi dell' art. 6 comma 1 lettera f D.M. 01/02/1991- (ex art. 6 L. 482/68 come modificato dalla L.n.68/99). <b>[41][48][25]</b>	<b>C05</b>	<b>T</b>
Sordomuti dalla nascita o da prima dell'apprendimento della lingua parlata - ai sensi dell' art. 6 comma 1 lettera f D.M.01/02/1991- (ex art. 7. L. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99). <b>[41][48][25]</b>	<b>C06</b>	<b>T</b>

**TABELLA 6**

<b>Altre esenzioni</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezioni da HIV (ex art.1 comma 5 lettera b D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124). <b>[32]</b>	<b>B01</b>	<b>P</b>
Soggetti donatori di organo (tutte le prestazioni specialistiche ai sensi della L.R. del 17 febbraio 2005). <b>[62]</b>	<b>T01</b>	<b>T</b>
Detenuti ed internati (ex art. 1 comma 6 D.L.vo 22 giugno 1999 n. 230). <b>[22]</b>	<b>F01</b>	<b>T</b>
Assistiti in possesso di esenzione in base alla Legge n. 210 del 25/02/92 - danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lettera d D.L.vo 124/98). <b>[32][40]</b>	<b>N01</b>	<b>P</b>
Esenzione per accertamenti di idoneità (DPCM 28 novembre 2003). Prestazioni richieste per rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo sviluppo del servizio civile. <b>[9]</b>	<b>I01</b>	<b>P</b>

**TABELLA 7**

<b>Esenzioni in gravidanza e tutela della maternità</b>	<b>Codice</b>	<b>Tipo</b>
Esente per stato di gravidanza - in epoca preconcezionale (ex D.M. 10/09/1998). <b>[10][29]</b>	<b>M00</b>	<b>P</b>
Esenzione per prestazioni previste dal protocollo diagnostico di cui al D.M. 10/09/1998 dalla prima alla quarantunesima settimana di gravidanza ordinaria (indicare la lettera [M]+ due cifre corrispondenti alla settimana di gestazione dalla 01 alla 41).	<b>M01-M41</b>	<b>P</b>
Esenzione per prestazioni previste dal protocollo diagnostico, di cui al D.M. 10/09/1998, in gravidanza ordinaria, in caso di non esatta quantificazione da parte del MMG della settimana di gestazione.	<b>M99</b>	<b>P</b>
Esenzione per stato di gravidanza in gravidanza a rischio, protocollo diagnostico di cui al D.M. 10/09/1998. <b>[10][29]</b>	<b>M50</b>	<b>P</b>

# ESENZIONE TICKETS GRAVIDANZA E TUTELA DELLA MATERNITÀ

Allegato "C" del DM Sanità 10 settembre 1998

Prestazioni specialistiche	Funzione preconcezionale			Settimane							
	donna	uomo	coppia	entro la 13°	tra la 14° e la 18°	tra la 19° e la 23°	tra la 24° e la 27°	tra la 28° e la 32°	tra la 33° e la 37°	tra la 38° e la 40°	dalla 41°
Test di Coombs indiretto (antieritrociti)	●			●							
Cardiotocografia											●
Ecografia ostetrica				●		●		●			●
Ecocromo completo	●	●		●				●	●		
Ferritina								●			
Glicemia				●			●				
Gruppo sanguigno - RH	●		●	●							
Hb - Emoglobine anonale	●	●									
Pap-test (es. citol. cervico-vaginale)	●										
Rubeo test (virus rosolia anticorpi)	●			●							
Test di Simmel (resist. osmotica eritroc.)	●	●									
Toxo test (toxoplasma anticorpi)	●			●							
T.P.H.A. (treponema pall. anticorpi)	●		●	●							
Transaminasi (AST / GOT-ALT / GPT)				●							
Urine esame completo				●	●	●	●	●	●	●	
Urinocultura				●	●	●	●	●	●	●	
V.D.R.L. (trep. pall. antic. anticard.)			●	●							
H.I.V. anticorpi			●	●					●		
Virus Epatite B (antigene HbsAG)									●		
Virus Epatite C (anticorpi)									●		
Visita Ostetri/ginecologica	●			●	●	●	●	●	●	●	●

● = esenzione; ● = esenzione spec; ● = se batteri .... significativa; ● = se ridotto V.G. medio; ● = se IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto.

1. Le prestazioni debbono essere fornite presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate.
2. La prescrizione dello Specialista è obbligatoria nei casi previsti dall'art. 2 del D.M. e All. A, B e C.
3. In caso di **minaccia di aborto** sono esenti tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.
4. In caso di **abortività ripetuta** e per la **diagnosi prenatale** le indagini debbono essere prescritte dallo Specialista ginecologo e genetista.

## La normativa

La normativa è stata suddivisa in **nazionale** e **regionale** e deve intendersi come riferimento in continua evoluzione

# Legenda

## Normativa Nazionale

<b>L</b>	Legge
<b>DL</b>	Decreto Legge
<b>DLgs</b>	Decreto Legislativo
<b>DPR</b>	Decreto del Presidente della Repubblica
<b>DPCM</b>	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
<b>DM</b>	Decreto Ministeriale
<b>Circ. Min.</b>	Circolare ministeriale

## Normativa Regionale

<b>DGR</b>	Delibera della Giunta Regionale
<b>Circ. Reg.</b>	Circolare regionale
<b>DPCA</b>	Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta
<b>LR</b>	Legge Regionale

## Fonti

<b>GU</b>	Gazzetta Ufficiale
<b>BURL</b>	Bollettino Ufficiale Regione Lazio



# La normativa nazionale



- [1] **L 6 agosto 2008, n. 133** “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”. GU 21 agosto 2008, n.195, SO n. 196.
- [2] **Decreto 17 marzo 2008** “Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell’articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio Sanitario Nazionale”. GU 11 aprile 2008, n. 86.
- [3] **DPCM 05 marzo 2007** “Modifica del D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante: “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”. GU 7 maggio 2007, n. 104”.
- [4] **Intesa, ai sensi dell’art. 5 dell’accordo Stato - Regioni, rep. N. 1805 del 24 luglio 2003, sull’ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG, PLS, Medici specialisti - Quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007.**  
GU 8 settembre 2009, n. 208, S.O. n.167.
- [5] **DM 28 ottobre 2004** “Estensione alle regioni Umbria, Emilia-Romagna, Veneto e Lazio delle disposizioni, di cui al comma 6, dell’articolo 50, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326, recante: “Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie”. GU 4 novembre 2004, n. 259.

- [6] **DM 30 giugno 2004** “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 6, dell’art. 50, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 novembre 2003, n. 326, concernente l’avvio del sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario.” GU 2 luglio 2004, n. 153.
- [7] **DM 24 giugno 2004** “Applicazione delle disposizioni contenute nel disciplinare tecnico, di cui al comma 5 dell’art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo per la correzione dell’andamento dei conti pubblici, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.” GU 13 luglio 2004, n. 162.
- [8] **DM 18 maggio 2004** “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell’art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica.” GU 28 aprile 2005, n. 97.
- [9] **DPCM 28 novembre 2003** “Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, in materia di certificazioni.” GU 10 dicembre 2003, n. 286.
- [10] **L 24 novembre 2003, n. 326** “Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell’andamento dei conti pubblici” GU 25 novembre 2003, n. 274, SO n. 181.
- [11] **Conferenza Stato Regioni 14 febbraio 2002 (Repertorio Atti n. 1386)** “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”.

- [12] **L 28 dicembre 2001, n. 448** “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” GU 29 dicembre 2001, n.301, SO n.285.
- [13] **Circolare Ministero della Salute del 13 dicembre 2001, n. 13**  
“Indicazioni per l’applicazione dei regolamenti relativi all’esenzione per malattie croniche e rare”. GU 21 febbraio 2002, n. 44, SO n. 32.
- [14] **Circolare Ministero della Salute prot. n. 12830/100/DGPS/4 del 08/10/2001**. DM 22 luglio 1996 - quesito prestazioni di oculistica.
- [15] **DPCM 29 novembre 2001** “Definizione livelli essenziali di assistenza.” GU 8 febbraio 2002, n. 33, SO n. 26.
- [16] **DM 21 maggio 2001, n. 296** “Regolamento di aggiornamento del decreto Ministeriale 28 maggio 1999, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1999, n. 124”. GU 19 luglio 2001, n. 166.
- [17] **DM 18 maggio 2001, n. 279** “Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell’art. 5, comma 1, lettera b), del D.Lgs 29 aprile 1998, n. 124”. GU 12 luglio 2001, n. 160, SO n. 180.
- [18] **L 23 dicembre 2000, n. 388** “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” GU 29 dicembre 2000, n. 302, SO n. 219/L.
- [19] **L 3 novembre 2000, n. 325** “Disposizioni inerenti all’adozione delle misure minime di sicurezza nel trattamento dei dati personali previste dall’articolo 15 della legge 31 dicembre 1996, n. 675” GU 9 novembre 2000, n. 262.
- [20] **DPR 28 luglio 2000, n. 272** “Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta”. GU 2 ottobre 2000, n. 230, SO n. 165/L.

- [21] **DPR 28 luglio 2000, n. 271** “Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni”. GU 2 ottobre 2000, n. 230 SO n. 165/L.
- [22] **DLgs 22 giugno 1999, n. 230** “Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419” GU 16 luglio 1999, n. 165, SO n. 132.
- [23] **DLgs 19 giugno 1999, n. 229** “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”. GU 16 luglio 1999, n. 165, SO n. 132.
- [24] **DM 28 maggio 1999, n. 329** “Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124.” GU 25 settembre 1999, n. 226.
- [25] **L n. 68 del 12 marzo 1999** “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” GU 23 marzo 1999, n. 68, SO n. 37.
- [26] **Circ. Min. 9 dicembre 1998 prot. n.100/SCPS/ 16.14060** “Visita specialistica - quesito”.
- [27] **L 23 novembre 1998, n. 407** “Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata”. GU 26 novembre 1998, n. 277.
- [28] **DM 20 ottobre 1998** “Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione” GU 5 gennaio 1999, n. 3.
- [29] **DM 10 settembre 1998** “Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità”. GU 20 ottobre 1998, n. 245.

- [30] **DPR 8 luglio 1998, n. 371** “Regolamento recante norme concernenti l’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private”. GU 27 ottobre 1998, n. 251.
- [31] **L 8 luglio 1998, n. 230** “Nuove norme in materia di obiezione di coscienza”. GU 15 luglio 1998, n. 163.
- [32] **DLgs 29 aprile 1998, n. 124** “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell’articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449”. GU 30 aprile 1998, n. 99.
- [33] **L 27 dicembre 1997, n. 449** “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”. GU 30 dicembre 1997, n. 302, SO n. 255.
- [34] **Circ. Min. 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS** “Trasmissione delle prime indicazioni per l’applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati”.
- [35] **L 31 dicembre 1996, n. 675** “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”. GU 8 gennaio 1996, n. 3.
- [36] **L 23 dicembre 1996, n. 662** “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”. GU 28 dicembre 1996, n. 303.
- [37] **DM Sanità del 22 luglio 1996** “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe”. GU 14 settembre 1996, n. 216, SO n. 150.
- [38] **L 24 dicembre 1993, n. 537** “Interventi correttivi di finanza pubblica”. GU 28 dicembre 1993, n. 303, SO n. 121.
- [39] **DLgs 30 dicembre 1992, n. 502** “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”. GU 30 dicembre 1992, n. 305, SO n.137.

- [40] **L 25 febbraio 1992, n. 210** “Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati”. GU 6 marzo 1992, n. 55.
- [41] **DM 1 febbraio 1991** “Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all’esonero della spesa sanitaria”. GU 7 febbraio 1991, n. 32.
- [42] **L 20 ottobre 1990, n. 302** “Norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità”. GU 25 ottobre 1990, n. 250.
- [43] **L 11 ottobre 1990, n. 289** “Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla L 21 novembre 1988, n. 508”. GU 17 ottobre 1990, n. 243.
- [44] **DL 25 novembre 1989, n. 382** “Misure in materia di assistenza specialistica e farmaceutica”. GU 27 novembre 1989, n. 277.
- [45] **Decreto 7 novembre 1989, n. 404** “Regolamento concernente termini di decorrenza dell’adozione del codice fiscale, come numero distintivo nei rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale nei riguardi dei cittadini sprovvisti di tale codice e disposizioni per agevolarne l’attribuzione.” GU 21 dicembre 1989, n. 297.
- [46] **DL 30 ottobre 1987, n. 443** “Disposizioni urgenti in materia sanitaria”. GU 31 ottobre 1987, n. 255.
- [47] **DM 11 luglio 1988, n. 350** “Disciplina dell’impiego nel Servizio Sanitario Nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica”. GU 17 agosto 1988, n. 192.
- [48] **L 2 aprile 1968, n. 482** “Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private.” GU 30 aprile 1968, n. 109.

## La normativa della Regione Lazio



- [49] **DPCA 24 dicembre 2008, n. 50 Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 42 del 17 novembre 2008:** “Adozione di misure di partecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria relativa a prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico dello SSR, ai sensi dell’art. 61 comma 21 della legge n. 133 del 6 agosto 2008 di conversione con modificazione del D.L. 25 giugno 2008 n. 112. Rettifica.” BURL n. 2 - 14/01/2009.
- [50] **DGR 30 maggio 2008, n. 404** “Ricognizione del Nomenclatore tariffario Regionale delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/2007”.
- [51] **DGR 29 febbraio 2008, n. 114** “Ricognizione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/07”.
- [52] **Circolare prot. 46570/4V020/603 del 24 aprile 2007** “Esenzione alla partecipazione del costo della prestazione dell’amniocentesi in gravidanza”.
- [53] **DGR 13 luglio 2007, n. 538** “Integrazione delibera giunta regionale n. 143/06 e deliberazione giunta regionale n. 922/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni ambulatoriali Complesse (PAC)”. BURL n. 29 del 20 ottobre 2007 SO n. 03.

- [54] **DGR 21 dicembre 2006, n. 922** “Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi”. BURL n. 3 del 30 gennaio 2007, SO n. 5.
- [55] **DGR 14 luglio 2006, n. 431** “Piano regionale sulle liste di attesa: recepimento delle indicazioni contenute nell’intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28-marzo-2006, relativa al “Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266”.
- [56] **Circolare prot. n. 25763/4A/09 del 01 marzo 2006** Esenzione ticket per “gravidanza” e “gravidanza a rischio”.
- [57] **DGR 22 marzo 2006, n. 143** “Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l’anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.” BURL n. 11 del 20 aprile 2006, SO n. 4.
- [58] **DGR 21 aprile 2006, n. 229** “Atto di recepimento dell’accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell’A.C.N., reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa della conferenza Stato-Regioni”. BURL n. 15 del 30 maggio 2006, SO n. 5.
- [59] **DGR 04 agosto 2005, n. 731** “Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del Livello assistenziale ospedaliero per l’anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l’anno



2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.” BURL n. 23 del 20 agosto 2005, SO n. 5.

- [60] **Circolare prot. n. 9510 del 22 marzo 2005** “Modalità di esenzione nella partecipazione della spesa sanitaria per motivi di reddito”.
- [61] **Circolare prot. n. 9072 del 25 febbraio 2005** “Modalità di compilazione della nuova ricetta in applicazione del decreto 18 maggio 2004 del Ministero dell’ Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute.”
- [62] **LR 17 febbraio 2005, n. 10** “Bilancio di previsione della Regione Lazio per l’esercizio finanziario 2005.” BURL n. 5 del 19 febbraio 2005, SO n. 10.
- [63] **Lettera Assessore “Doctor CUP” settembre 2004.**
- [64] **ReCUP - CIRCOLARE. n. 285/sp del 28 marzo 2002**  
Avvio sistema regionale di prenotazione delle prestazioni E-RECUP.
- [65] **Circolare prot. n. 27451 4A/01/420 del 03 marzo 2004** “Individuazione codice relativo alla certificazione dell’idoneità alla pratica sportiva dei soggetti adulti portatori di handicap, ai sensi della D.G.R. n. 784 del 01/08/2003”.
- [66] **DGR 1 agosto 2003, n. 784** “Inserimento della certificazione per l’idoneità sportiva di soggetti portatori di handicap tra le prestazioni a carico del SSR”.
- [67] **Circolare Regione Lazio prot. n. 47639 del 13 maggio 2003** “Corretto utilizzo del ricettario regionale”.

- [68] **LR 6 febbraio 2003, n. 2** “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2003 (legge regionale 20 novembre 2001 n. 25 articolo 11)”. BURL n. 4 del 10 febbraio 2003, SO n. 6.
- [69] **Determina n. 29/4A/10A del 29 gennaio 2003** “Medicina dello sport - definizione della codifica dei *pacchetti di prestazioni* individuati dalla DGR 1533/01”.
- [70] **Circolare Regione Lazio 22 gennaio 2003 prot. n. 5715/4A -10A/321** “Validità della ricetta”.
- [71] **DGR 20 dicembre 2002, n.1725** “Indicazioni regionali sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e di ricovero e indirizzi applicativi sui tempi e sulle liste di attesa. Attuazione del PSR 2002-2004”. BURL n. 11 del 19 aprile 2003.
- [72] **DGR 31 ottobre 2002, n. 1431** “LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all’allegato 2B del DPCM 29/11/2001-assistenza odontoiatrica- medicina fisica e riabilitazione”.
- [73] **Circolare Regione Lazio 9 agosto 2002 prot. n. 39319** “Malattie croniche e invalidanti di cui al D.M. 329/99 e successivi aggiornamenti introdotto dal DM 21/05/01 n. 296 e dal DM 18/05/01 n. 279. Scadenario del riconoscimento delle esenzioni”.
- [74] **DGR 28 giugno 2002, n. 863** “Livelli essenziali di assistenza: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all’allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001”. BURL n. 21 del 30 luglio 2002, SO n. 2.
- [75] **Circolare Regione Lazio 14 giugno 2002 prot.n.30260/3577** “Liste e tempi di attesa per le prestazioni sanitarie”.
- [76] **Circolare Regione Lazio 15 aprile 2002 prot. n. 19883/2246** “Validità della ricetta”.

- [77] **DGR 8 marzo 2002, n. 301** “Livelli Essenziali di Assistenza Prestazioni Allegato 2b”. BURL n. 11 del 20 aprile 2002.
- [78] **DGR 1 marzo 2002, n. 255** “Preso d’atto del DPCM 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Primo provvedimento pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n.33, supplemento ordinario n. 26”. BURL n. 11 del 20 aprile 2002.
- [79] **DGR 7 dicembre 2001, n. 1987** “Modifiche e integrazioni alla DGR 30 dicembre 1997, n. 9376, alla DGR 8 giugno 1999, n. 3082, alla DGR 7 marzo 2000, n. 712, alla DGR 25 luglio 2000, n. 1735. Indicazioni cliniche per l’erogabilità a carico del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”. BURL n. 6 del 28 febbraio 2002.
- [80] **DGR 19 ottobre 2001, n. 1533** “Determinazione delle tariffe per gli accertamenti e la certificazione delle idoneità sportive (art. 17 L.R. 09/07/1997 e art. 3 L.R. 11/06/1998 n. 17)”.
- [81] **Circolare Regione Lazio 28 gennaio 1999, n. 3** “Disposizioni relative al regime di esenzione in applicazione dell’art. 68 e 70 della L. 3.12.98 n. 448 - Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo - e dell’art. 1, com. 4 e 5 del D.lgs 29.4.1998, n.124 relativo alla ridefinizione...”.
- [82] **DGR 3 novembre 1998, n. 5836** “Linee guida per la rimodulazione dell’attività specialistica. Individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa. Adeguamento del Sistema informativo per l’assistenza specialistica (S.I.A.S.)” BURL n. 34 del 10 dicembre 1998.
- [83] **DGR 30 dicembre 1997, n. 9376** “Approvazione nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe”.

## Schede informative

# Sistemi di prenotazione regionali

Nel Lazio, in aggiunta ai sistemi di prenotazione locali, è possibile accedere al:



## RECUP Centro Unico di Prenotazione

Il sistema funziona attingendo alle banche dati dei vari Cup aziendali decentrati e su questo convergono le richieste di prenotazione del cittadino per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso le strutture sanitarie della Regione Lazio.

La telefonata al numero **80.33.33** è gratuita ed il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.30 ed il sabato dalle 7.30 alle 13.00.

Un messaggio di accoglienza segnala la posizione dell'utente in coda ed inoltre spiega di quali documenti bisogna disporre per usufruire del servizio. Per prenotare, è necessario, infatti, essere muniti di ricetta medica e codice fiscale. Seguirà al domicilio dell'utente, tramite posta, conferma della prenotazione effettuata.

Il servizio può essere utilizzato anche per modificare e/o annullare eventuali appuntamenti. **[64]**



## FARMAReCUP

Nella nostra Regione è possibile anche prenotare in Farmacia.

L'assistito, munito di ricetta e di tessera sanitaria, può rivolgersi al farmacista che, collegandosi per via telematica al ReCUP, effettua la prenotazione, rilascia il relativo modulo di conferma e le eventuali

istruzioni per la preparazione agli esami, oltre che uno stampato con l'importo ticket da pagare. Il pagamento può essere effettuato:

1. alle casse ticket delle ASL;
2. agli sportelli della Sisal;
3. direttamente, dove disponibili, alle macchine riscuotitrici collocate nelle strutture sanitarie.

L'orario del servizio, che è gratuito, è subordinato alle indicazioni delle singole farmacie aderenti. In farmacia non possono essere prenotati esami urgenti. L'elenco completo delle farmacie che aderiscono al sistema FARMAReCUP è consultabile on line ([www.pos.lazio.it](http://www.pos.lazio.it)).

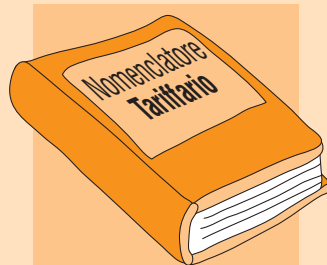


## DOCTOR CUP

Dal 1° ottobre 2004, sulla base di un Accordo Regionale tra medici di medicina generale (MMG) e Regione Lazio, è attivo un sistema di prenotazione telefonica riservato ai MMG a favore di quei pazienti che necessitano di una prestazione in tempi molto ravvicinati (48-72 ore). **[63]**

Il medico curante può prenotare la prestazione, in via prioritaria, attraverso una linea dedicata, con accesso riservato, sulla base di un codice personale, solo in presenza di alcuni particolari sospetti diagnostici, tra cui le patologie neoplastiche.

# Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22/7/96 e successive modifiche ed integrazioni) riporta le prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, che il Servizio sanitario regionale garantisce, suddivise in branche. L'elenco completo delle prestazioni è disponibile sul sito:

[http://www.asplazio.it/asp\\_online/att\\_territoriale/files/sias/nomenclatore/Tariffario2010\\_DPCA\\_1\\_12\\_01\\_2010\\_1.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/att_territoriale/files/sias/nomenclatore/Tariffario2010_DPCA_1_12_01_2010_1.pdf)

## Il Nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione:

- il codice identificativo
- la descrizione
- il codice numerico delle branche di erogabilità, in ordine di priorità (fino a 4 branche). Il raggruppamento in branche ha il fine di consentire l'applicazione delle disposizioni normative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per singola ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini.
- le condizioni di erogabilità; in particolare, le prestazioni contrassegnate con la lettera "H" sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di Istituti di ricovero ospedaliero (pubblici, classificati e privati provvisoriamente accreditati); le prestazioni contrassegnate con la lettera "R" sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti e abilitati dalle regioni e dalle province autonome per l'erogazione di tali prestazioni; le prestazioni contrassegnate con "\*" sono erogabili secondo specifiche indicazioni cliniche. La lettera "I" indica le ulteriori integrazioni regionali.
- la tipologia di struttura alla quale è consentito erogare la prestazione in questione:
  - B e C: prestazioni erogabili anche presso strutture private provvisoriamente accreditate (equiparate ad ex lettera "C")
  - D ed E: prestazioni non erogabili presso strutture private provvisoriamente accreditate
  - P: prestazioni erogabili solo in "Pacchetti di prestazioni"
- la tariffa della prestazione.



## Codici e denominazioni delle Branche specialistiche:

Codice	Denominazione Brancha
00	Laboratorio Analisi
05	Chirurgia Vascolare - Angiologia
08	Cardiologia
09	Chirurgia Generale
12	Chirurgia Plastica
15	Medicina dello Sport
19	Endocrinologia
29	Nefrologia
30	Neurochirurgia
32	Neurologia
34	Oculistica
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale
36	Ortopedia e Traumatologia
37	Ostetricia e Ginecologia
38	Otorinolaringoiatria
40	Psichiatria
43	Urologia
52	Dermosifilopatia
56	Medicina Fisica - Riabilitazione
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare
64	Oncologia
68	Pneumologia
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica
70	Radioterapia
79	Risonanza Magnetica
80	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva
82	Anestesia
99	Altro

## A titolo esemplificativo:

### PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO DPCA n.1 del 12/01/2010

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione endorachide di antiblastici	E	64				51,65
H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	E	82	30			103,29
H	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE [iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	E	30				103,29
H	03.93	COLLOCAZIONE O SOSTITUZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	E	80				516,50
H	03.94	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	E	80				258,20
	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	E	36				51,13
	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	E	30				51,13
AH	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (prestazione comprensiva di visita anestesiológica e anestesia, esami pre - intervento, visita di controllo e medicazione)	P	80	36	30	09	750,00
AIH	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (prestazione comprensiva di visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti e visita di controllo)	C	36	80			750,00
H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesi per intervento	E	82				51,65
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali Escluso: le anestesi per intervento	E	82				15,49
H	04.89	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE ESCLUSI I NEUROLITICI	E	80				258,20
H	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	E	82	30			77,47
H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	E	82	30			129,11
	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	E	09	69			61,46
	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	E	09	19			43,38
	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E	09	19	69		61,46
H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	E	09				67,14
	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	E	34				13,63
	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	E	34				13,63
	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA Ripertura anchiloblefaron	E	34				13,63
	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	E	34				13,63
HR	08.20	RIMOZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA NAS	E	80				100,00
	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	E	34				27,27
	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma	E	34				27,27
	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	E	34				27,27
	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	E	34				45,45

## **Illustrazione della ricetta**

# Illustrazione della ricetta (fronte)

The image shows a detailed illustration of the front of an Italian medical prescription form (ricetta). The form is white with red and black text and lines. It is divided into several sections and fields, each labeled with a number in a purple box:

- 1**: Denominazione dell'ente di competenza (Regionale).
- 2a**: Codici a barre e numerici identificativi della ricetta.
- 2b**: Codice numerico identificativo della ricetta.
- 2c**: Spazio per il numero della ricetta.
- 3**: Cognome nome e indirizzo dell'assistito.
- 4**: Codice fiscale dell'assistito.
- 5**: Spazio stampa del codice a barre del codice fiscale dell'assistito.
- 6**: Provincia e codice ASL competente per l'assistito.
- 7**: Tipologia della ricetta.
- 8**: Prescrizione suggerita.
- 9**: Prescrizione di ricovero.
- 10**: Prescrizione di tipo diverso introdotta da provvedimenti regionali specifici.
- 11**: Nota CIP (Barra per non utilizzare).
- 12**: Non esente.
- 13**: Codice esenzione.
- 14**: Resritto.
- 15**: Prima autocontingente.
- 16**: Spazio per il nome del medico.
- 16a**: Spazio per il numero di prescrizione.
- 17**: Numero compizioni / prestazioni.
- 18**: Data.
- 19**: Titolo e firma del medico.
- 20**: Codici e numeri per le compizioni/prestazioni.
- 21**: Data scadenza / tempo struttura erogante.
- 22**: Numero prograssivo.
- 23**: Importi.
- 24**: Data del ricetto.
- 25**: Spazio per la stampa del foglio.
- 26**: Priorità e stazione.
- 27a**: Codice fiscale.
- 27b**: Indirizzo dell'assistito.
- 27c**: Diagnosi.
- 28**: Spazio per il numero della ricetta.

- 1** Denominazione dell'ente di competenza
- 2a** Codici a barre e numerici identificativi della ricetta
- 2b** Codice numerico identificativo della ricetta
- 3** Cognome nome e indirizzo dell'assistito
- 4** Codice fiscale dell'assistito
- 5** Spazio stampa del codice a barre del codice fiscale dell'assistito
- 6** Provincia e codice ASL competente per l'assistito
- 7** Tipologia della ricetta
- 8** Prescrizione suggerita
- 9** Prescrizione di ricovero
- 10** Prescrizione di tipo diverso introdotta da provvedimenti regionali specifici

- 11** Note dell'AIFA e della Regione per la concedibilità del farmaco
- 12** Assenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa
- 13** Codice di esenzione per patologia, invalidità, categorie particolari
- 14** Esenzione per reddito
- 15** Spazio di firma dell'assistito per l'autocertificazione del diritto alla esenzione per reddito
- 16** Spazi per la descrizione della prescrizione
- 16a** Spazio per la descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico della prescrizione
- 17** Numero totale delle confezioni di farmaci, dei presidi o delle prestazioni specialistiche prescritti
- 18** Data della prescrizione
- 19** Spazio per il timbro e la firma del medico prescrittore
- 20** Spazio per le fustelle adesive, per i codici ed il numero delle prestazioni specialistiche effettuate
- 21** Data di spedizione della ricetta
- 22** Numero progressivo della ricetta attribuito dalle strutture eroganti il servizio
- 23** Importo relativo al ticket
- 24** Importo per galenici, integrativa, prestazioni specialistiche e diritto di chiamata
- 25** Spazio per la biffatura in caso di compilazione informatizzata
- 26** Priorità di richiesta della prestazione da parte del medico prescrittore
- 27** Spazio per l'identificazione facoltativa del cognome e nome dell'assistito
- 27a** Spazio per l'identificazione facoltativa del codice fiscale dell'assistito
- 27b** Spazio per l'identificazione facoltativa dell'indirizzo dell'assistito
- 27c** Spazio per l'identificazione facoltativa della diagnosi
- 28** Marcatori per facilitare la lettura ottica della ricetta
- 29** Campo a disposizione delle regioni

# Illustrazione della ricetta (retro)

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	
<p>- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per le proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (artt. 41 e 43 legge 833/78), nonché nelle Case di <b>1</b> private accreditate.</p> <p>- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punita ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.</p> <p>- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.</p> <p>- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.</p>	
SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE	
<b>7</b>	<b>8</b>
<small>CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION</small>	<small>STATO ESTERO / COUNTRY</small>
<b>9</b>	<b>12</b>
<small>NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER</small>	<small>DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH</small>
<b>10</b>	<b>13</b>
<small>NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD</small>	<small>DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE</small>
	<b>11</b>
	<small>FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE</small>
<b>2</b>	<b>4</b>
<small>FIRMA DEL MEDICO</small>	<small>AUTORIZZAZIONI / ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA</small>
<b>3</b>	<b>6</b>
<small>FIRMA DELL'ASSISTITO</small>	<small>FIRMA DEL FARMACISTA</small>
ASSISTENZA FARMACEUTICA — AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI	
<p>1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.</p> <p>2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso il giorno di emissione.</p> <p>3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a batterli <b>5</b> 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 continuità assistenziale.</p> <p>4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.</p> <p><i>L'attestazione del diritto all'assunzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore</i></p>	

- 1** Avvertenze per gli assistiti e per i presidi che erogano prestazioni specialistiche
- 2** Spazio per la firma del medico che esegue la prestazione specialistica
- 3** Spazio per la firma dell'assistito che riceve la prestazione specialistica
- 4** Spazio per le autorizzazioni (timbro) e per le annotazioni e firma del farmacista
- 5** Avvertenze per gli assistiti riguardo l'assistenza farmaceutica
- 6** Spazio per la firma del farmacista che esegue la sostituzione del farmaco
- 7** Spazio per l'indicazione dell'istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera
- 8** Spazio per l'indicazione della sigla dello stato estero dell'assistito

- 9** Spazio per l'indicazione del numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzione estera
- 10** Spazio per la l'indicazione del numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera
- 11** Spazio per la firma del soggetto assicurato da istituzione estera
- 12** Spazio per la indicazione della data di nascita del soggetto assicurato da istituzione estera
- 13** Spazio per l'indicazione della data di scadenza della tessera

Per segnalare eventuali lacune, refusi o errori e/o fornire suggerimenti,  
utilizzare l'indirizzo di posta elettronica di:

Annalisa Cardarelli: **[cardarelli@asplazio.it](mailto:cardarelli@asplazio.it)**  
Silvia Bacocco: **[bacocco@asplazio.it](mailto:bacocco@asplazio.it)**



