



DECRETO MINISTERO DELLA SANITA' DEL 28 MAGGIO 1999

Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124

Articolo 1 - Finalità e ambito di applicazione

1. Il presente regolamento individua le condizioni e le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124. L'eventuale esclusione di prestazioni dai suddetti livelli essenziali o l'introduzione di modifiche nella definizione delle singole prestazioni in essi incluse sono recepite secondo quanto previsto dall'articolo 6 del presente regolamento.

Articolo 2 - Individuazione delle condizioni di malattia e delle prestazioni

1. L'allegato 1, che forma parte integrante del presente regolamento, reca l'elenco delle condizioni e delle malattie che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria dallo stesso indicate.

2. Per consentire l'identificazione univoca delle condizioni e delle malattie ai fini dell'esenzione e ferma restando la vigente normativa in materia di tutela dei dati personali dei soggetti affetti a ciascuna malattia e condizione è associato uno specifico codice identificativo. Il codice si compone di otto cifre: le prime tre indicano una numerazione progressiva delle malattie e delle condizioni, le successive cinque corrispondono al codice identificativo delle stesse secondo la classificazione internazionale delle malattie "International classification of diseases-IX-Clinical modification (ICD-9CM)"; in caso di condizioni non riferibili a specifiche malattie riportate dalla suddetta classificazione, il codice identificativo si compone delle sole prime tre cifre.

3. Per ciascuna condizione e malattia l'allegato 1 elenca le prestazioni di assistenza sanitaria appropriate ai fini del relativo monitoraggio e della prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Tali prestazioni sono da erogarsi in esenzione dalla partecipazione al costo agli aventi diritto ai sensi dell'articolo 4. Nell'allegato 1 sono altresì indicate le prestazioni di assistenza sanitaria da erogarsi agli aventi diritto in regime di esenzione dal pagamento della quota fissa, ai sensi dell'articolo 3, comma 9 del Dlgs 124/98. E successive modificazioni.

Articolo 3 - Modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni

1. La prescrizione delle prestazioni erogabili in esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi del presente regolamento reca l'indicazione delle prime tre cifre del codice identificativo della condizione o della malattia, come risultanti dall'attestato di esenzione.

2. Fermi restando i limiti di prescrivibilità di cui alla legge 25 gennaio 1990, n. 8 e successive modificazioni, ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione dalla partecipazione ai sensi del presente regolamento e di altre prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

3. La prescrizione delle prestazioni erogabili in esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi del presente regolamento è effettuata secondo criteri di efficacia e di appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali e nel rispetto delle indicazioni riportate nell'allegato 1.

Articolo 4 - Riconoscimento del diritto all'esenzione

1. L'azienda unità sanitaria locale di residenza dell'assistito riconosce il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo, ai sensi del presente regolamento, sulla base della certificazione attestante la specifica condizione o malattia, come definita dall'articolo 2. La certificazione deve essere rilasciata dai presidi delle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere o dagli Istituti ed Enti di cui all'articolo 4 comma 12 del Dlgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni o da istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi

appartenenti all'Unione europea.

2. L'azienda unità sanitaria locale rilascia a ciascun assistito avente diritto, anche mediante l'utilizzazione della carta sanitaria elettronica, un attestato di esenzione, che reca in forma codificata l'indicazione della condizione o della malattia per la quale è riconosciuto il diritto all'esenzione. In caso di accertamento di più malattie e/o condizioni individuate dall'articolo 2 del presente regolamento l'azienda unità sanitaria locale rilasci al soggetto avente diritto un unico attestato di esenzione che reca l'indicazione in forma codificata di tutte le malattie e/o condizioni per le quali è riconosciuto il diritto a all'esenzione.

3. Le regioni, sulla base di linee guida definite dal ministero della Sanità, fissano, per le condizioni di malattia per le quali è prevedibile la risoluzione, la validità temporale massima dell'attestato.

Articolo 5 - Controlli

1. Le modalità di controllo sulle esenzioni sono disciplinate dai regolamenti adottati ai sensi dell' articolo 6 del Dlgs 29 aprile 1998, n. 124.

Articolo 6 - Aggiornamento

1. Il presente regolamento è aggiornato secondo quanto previsto dall'articolo 50, comma 59 lettera 1) della legge 27 dicembre 1997 n. 449, con riferimento allo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Articolo 7 - Norme finali e transitorie

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono a comunicare ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta i contenuti del presente regolamento e le specifiche modalità di applicazione.

2. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento le aziende unità sanitarie locali sottopongono a verifica le attestazioni di esenzione già rilasciate ai sensi del decreto ministeriale 1 febbraio 1991 e comunicano agli interessati la conferma del diritto all'esenzione, la sua cessazione o l'esigenza di ulteriori accertamenti. Nei casi di conferma del diritto all'esenzione le aziende unità sanitarie locali comunicano altresì le prestazioni fruibili regime di esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi del presente regolamento. Nei casi in cui la conferma del diritto alla fruizione in esenzione dalla partecipazione sia subordinata a ulteriori accertamenti, i soggetti interessati hanno diritto alla fruizione al costo delle prestazioni individuate dal decreto 1 febbraio 1991 per la specifica forma morbosa, o condizione, fino al completamento degli accertamenti e comunque non oltre i sessanta giorni successivi alla predetta comunicazione dell'azienda.

3. Fatto salvo quanto previsto al comma 4, le attestazioni di esenzione già rilasciate ai sensi del decreto ministeriale 1 febbraio 1991, riferite a condizioni e malattie non incluse nell'allegato 1 al presente regolamento, cessano di avere efficacia a decorrere dalla comunicazione dell'azienda unità sanitaria locale e comunque non oltre il centovesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente regolamento. Fino a tale data le attestazioni danno diritto alla fruizione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni individuate dal decreto ministeriale 1 febbraio 1991.

4. Fino all'emanazione del regolamento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 19 aprile 1998, n.124, le attestazioni di esenzione già rilasciate per: Angioedema ereditario; Dermatomiosite; Pemfigo e pemfigoidi; Anemie congenite; Fenilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo; Miopatie congenite; Malattia di Hansen; Sindrome di Turner; Spasticità da cerebropatia e Retinite pigmentosa danno diritto alla fruizione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni individuate dal decreto ministeriale 1 febbraio 1991.

5. Le disposizioni del presente regolamento saranno adeguate sulla base della disciplina da emanarsi ai sensi dell'articolo 6 del Dlgs 29 aprile 1998, n. 124, anche per quanto riguarda il trattamento dei dati personali.

NOTE

1. Si tratta del decreto legislativo che ha introdotto il "sanitometro". Le norme indicate si riferiscono alle esenzioni dal pagamento della quota di partecipazione alle prestazioni per reddito o per malattia.

2. Si tratta della quota fissa di 3.000 lire a ricetta.
3. Si tratta delle norme che hanno stabilito il numero massimo di prescrizioni (richieste di esami, terapie, medicinali) che possono essere contenute su una sola ricetta.
4. Sono le strutture sanitarie private convenzionate con il Ssn.
5. Le norme stabiliscono il varo di regolamenti con le modalità per verificare la presenza dei requisiti che danno diritto all'esenzione.
6. Si tratta delle disposizioni della legge finanziaria per il 1998.
7. Sono le norme contenute nella legge finanziaria per il 1997 che hanno previsto la definizione da parte del Ministero della Sanità di apposite indicazioni operative in merito a farmaci e terapie per le varie patologie, indicazioni che debbono essere seguite dai medici di base per garantire il rispetto degli obiettivi di spesa.
8. E' il decreto in base al quale sono state individuate le malattie che finora davano diritto all'esenzione.

Allegato 1

LE PATOLOGIE INVALIDANTI

1. Esenzioni per tutte le prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza.
2. Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne.
3. Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, legato, pancreas, cornea, midollo).
4. Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, legato, pancreas, midollo).
5. Esenzioni per le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia o condizione e per la prevenzione delle complicanze.
6. Fibrosi cistica.
7. Infezione da Hiv.
8. Neuromielite ottica.
9. Sclerosi multipla.
10. Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool.
11. Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia Intensiva neonatale.
12. Soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi.
13. Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici.
14. Esenzioni per le specifiche prestazioni individuate per ciascuna patologia.
15. Acromegalia e gigantismo.
16. Affezioni del sistema circolatorio.
17. Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione.
18. Anemie emolitiche ereditarie *.
19. Anoressia nervosa, bulimia.
20. Artrite reumatoide.
21. Asma.
22. Cirrosi epatica, cirrosi biliare.
23. Colite ulcerosa e malattia di Crohn.
24. Connettivite mista.
25. Demenze.
26. Diabete insipido.
27. Diabete mellito.*
28. Disturbi interessanti il sistema immunitario immunodeficienze, congenite e acquisite determinanti gravi difetti delle difese immunitarie con infezioni recidivanti (escluso infezioni da Hiv).
29. Epatite cronica (attiva).
30. Epilessia.
31. Glaucoma.
32. Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV).
33. Insufficienza corticosurrenale; cronica (morbo di Addison).
34. Insufficienza renale cronica.*
35. Insufficienza respiratoria cronica.
36. Ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote tipo IIa eIIb - Ipercolesterolemia primitiva - poligenica -
37. Ipercolesterolemia familiare combinata - Iperlipoproteinemia di tipo III.

38. Iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo.
39. Ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave).
40. Lupus eritematoso sistemico.
41. Malattia di Alzheimer.
42. Malattia di Sjogren.
43. Malattia ipertensiva (II e III stadio).
44. Malattia o sindrome di Cushing.
45. Malattie da difetti della coagulazione.
46. Miastenia grave.
47. Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo.
48. Morbo di Buerger.
49. Morbo di Paget.
50. Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali.
51. Nanismo.
52. Pancreatite cronica.
53. Poliarterite nodosa.
54. Psicosi.
55. Psoriasi (artropatica, pustolosa grave, eritrodermica).
56. Sclerosi sistemica progressiva.
57. Spondilartite anchilosante.
58. Tubercolosi (attiva bacillifera).
59. *Malattie per le quali è prevista l'esenzione dal pagamento della quota fissa per le prestazioni di frequente utilizzo.