

## **DELIBERAZIONE N. VII/11534 DEL 10 DICEMBRE 2002**

**Oggetto: Misure urgenti in merito alla razionalizzazione della spesa sanitaria**

### **LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1,2,3,7 e 8;

**VISTO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato- Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001" Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8.2.2002 – Supplemento Ordinario n. 26, entrato in vigore il 23 febbraio 2002;

**VISTO** l'accordo dell'8 agosto 2001 tra Stato e Regioni che prevede, tra l'altro, che le Regioni si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, applicando misure di contenimento, attraverso manovre previste dalla normativa vigente;

**PRESO ATTO** che il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni prevede che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;

**VISTO** il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 " Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449, con particolare riguardo agli artt. 1 e 3;

**VISTI** i decreti ministeriali n. 329/99 , n. 296/2001, che individuano le condizioni di malattia cronica ed invalidante che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria;

**VISTO** il decreto ministeriale 279/2001 che definisce le malattie rare e le relative esenzioni per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti;

**RICHIAMATA** la legge n.388/2000 che:

- agli artt. 84 e 85 sospende alcune disposizioni del d.lgs 124/98 relativamente all'assoggettamento alla partecipazione alla spesa di alcune prestazioni, e abolisce ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni farmaceutiche relative, tra l'altro, ai medicinali collegati in fascia a);
- all'art. 85, comma 9, prevede che, al fine finanziare lo scostamento della spesa sanitaria rispetto agli obiettivi, le regioni adottino le deliberazioni per il reintegro dei ticket soppressi;

**CONSIDERATO** che le Regioni, per effetto della L.405/01, in particolare all'art 3, comma 2 e all'art.4 comma 3, sono soggette ad inderogabili vincoli di bilancio nel campo della spesa sanitaria e conseguenti obblighi di intervento, anche definendo misure di compartecipazione alla spesa sanitaria;

**VISTA** la D.C.R. 462 del 13 Marzo 2002 avente per oggetto “Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004”;

**VISTA** la Legge Costituzionale n.3/2001 che modifica il Titolo V della Costituzione, valorizzando il ruolo delle Regioni e stabilendo che la tutela della salute rientra tra le materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni;

**VISTO** il Decreto Legge 347 del 19 Settembre 2001 convertito in legge n.405 del 26 Novembre 2001 “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria” che prevede una serie di misure concernenti l'assistenza farmaceutica territoriale, al fine di consentire una razionalizzazione ed un controllo della relativa spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

**RICHIAMATI**, in particolare, i seguenti articoli:

- l'art. 5 che prevede che, a decorrere dall'anno 2002, l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non possa superare il 13% rispetto alla spesa sanitaria complessiva a livello nazionale ed in ogni singola Regione e che a tale fine le Regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui allo stesso articolo;
- l'art. 9 che disciplina il numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta e la durata delle ricette;

**VISTO** il Decreto Legge n. 63 del 15 Aprile 2002 convertito in legge n.112 del 15 Giugno 2002 “Disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture;

**VISTO** il Decreto 27 settembre 2002 del Ministro della salute recante “Riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art.9, commi 2 e 3, della legge 8 agosto 2002, n.178” pubblicato nel supplemento ordinario n. 200 alla Gazzetta Ufficiale – serie generale –n. 249 del 23 ottobre 2002;

**DATO ATTO** che la spesa farmaceutica convenzionata, in regione Lombardia, nell'anno 2000 è stata di 2.405 miliardi di lire alla quale devono essere aggiunti 178 miliardi di lire di farmaci distribuiti attraverso le strutture ospedaliere, per un totale di 2.583 miliardi di lire pari al 12,3 % della spesa sanitaria complessiva;

**RILEVATO** che nel 2001 si è verificata una forte crescita della spesa farmaceutica pubblica rispetto all'anno precedente (+ 31,3 %) derivante, peraltro, per 15 punti percentuali da semplice trasferimento di oneri finanziari o prescrizioni farmaceutiche dal “privato” al “pubblico”, per effetto dell'abolizione del ticket, e , senza , quindi , per questa parte , nessun aumento di mercato;

**DATO ATTO** che la spesa farmaceutica convenzionata, in Regione Lombardia, nell'anno 2001 è stata di 3.159 miliardi di lire alla quale devono essere aggiunti 210 miliardi di lire di farmaci distribuiti attraverso le strutture ospedaliere, per un totale di 3.369 miliardi di lire pari al 14,5 % della spesa sanitaria complessiva;

**RICHIAMATA** la d.g.r. n.7087 del 23 novembre 2001 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2002", laddove al punto 4 lett.d) stabilisce in 1.584,7 milioni di Euro (3.068,4 miliardi di lire) il tetto regionale per la spesa farmaceutica territoriale, pari al 13% della spesa sanitaria complessiva 2002;

**RIBADITO** che la spesa farmaceutica convenzionata nel 2002, in base ai dati del periodo gennaio – ottobre 2002, è stimabile che superi il tetto del 13 % della spesa sanitaria;

**RICHIAMATI** i seguenti riferimenti normativi:

- l'art. 8 c. 16 ter della Legge 24 Dicembre 1993 n. 537 (come modificata dalla l. 724/94) in cui si dispone che, tra l'altro, per l'assistenza farmaceutica, i cittadini, con esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100% e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta;
- l'art. 70 c. 1 della Legge 23 Dicembre 1998 n. 448 che dispone una riduzione della quota di partecipazione da parte dell'assistito in caso di prescrizione di più di due confezioni di farmaco,
- l'art. 5, c. 6, del d.lgs. 124/98 prevede, altresì, l'esenzione degli invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza nonché alle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata di cui alla legge 20.10.1990, n. 302;
- la l. 210/92 che tutela le persone danneggiate da vaccinazione obbligatoria, trasfusione, somministrazione di emoderivati ai sensi della l. 238/97, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie;
- l'art. 9 c. 1 della Legge 16 Novembre 2001 n. 405 che dispone che la prescrizione dei medicinali, destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettere a) e b) del Decreto Legislativo n. 124/98, sia limitata a tre pezzi per ricetta;
- l'art. 9 c. 3 della Legge 16 Novembre 2001 n. 405 che conferma la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica e i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi.

**RITENUTO**, inoltre, di tutelare i cittadini con condizioni di particolare fragilità socio-economica, prevedendo la loro esenzione dalla partecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, così come definita dal presente provvedimento;

**RITENUTO** di individuare tali cittadini nei titolari di pensioni sociali e i titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore 8.263,31 € incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 € per ogni figlio a carico;

**RITENUTO** di dover intervenire con urgenza al fine di razionalizzare ed ottimizzare la spesa farmaceutica, introducendo norme che da un lato la riducano e dall'altro non arrechino pregiudizio alla fruizione dell'assistenza farmaceutica da parte dei cittadini;

**VISTE** la D.G.R. n. VII/8630 del 27.03.2002 con la quale la Giunta Regionale ha approvato il "Primo provvedimento attuativo della l. 405/01 in materia di assistenza farmaceutica" e la D.G.R. n. VII/9004 del 7 Maggio 2002 di integrazione dell'atto succitato;

**VISTA**, inoltre, la D.G.R. n. VII/9336 del 7 Giugno 2002 con la quale la Giunta Regionale ha recepito l'accordo regionale con le Associazioni sindacali delle Farmacie Convenzionate, pubbliche e private, in merito all' art. 8 lettera a) l. 405/01, dando applicazione a quanto disposto al punto 4 della D.G.R. n. VII/8630 del 27/03/2002;

**CONSIDERATA**, inoltre, la D.G.R. n. VII/10246 del 6 agosto 2002 con la quale la Giunta Regionale ha approvato "Ulteriori determinazioni in materia di assistenza farmaceutica ai sensi della l. 405/01 e del d.l. 138/02";

**PRESO ATTO** che le misure di contenimento della spesa farmaceutiche assunte non hanno consentito pienamente di raggiungere l'obiettivo stabilito dall'accordo dell'8/8/2001 del 13% della spesa sanitaria;

**RITENUTO** quindi di definire, ai sensi dell'art. 85, comma 9, della legge 388/2000 e dell'allegato 3 al DPCM 29 Novembre 2001, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento previsti dall'art. 5 della legge 405/2001, le condizioni di applicazione di quote di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale, quali definite nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**RITENUTO** che , per la determinazione della quota fissa per ricetta, debba essere preso come riferimento quanto previsto dalla normativa statale in materia, anche se non vigente, e dall'esperienza consolidata di altre Regioni che hanno già assunto determinazioni in tal senso;

**TENUTO CONTO** che un presupposto fondamentale per la definizione dei livelli essenziali di assistenza è che nell'erogazione delle prestazioni con il servizio sanitario regionale sia assicurato il principio dell'appropriatezza e dell'utilizzo efficiente delle risorse;

**CONSIDERATO** che nelle strutture della rete di urgenza-emergenza sono garantite alcune prestazioni che possono essere ad elevato rischio di inappropriata, per quanto riguarda il regime assistenziale, presentando evidenti caratteri di differibilità;

**RITENUTO** che l'erogazione di tali prestazioni comporta, di fatto, una disparità di trattamento verso i cittadini che accedono per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con le corrette modalità e tempi;

**TENUTO CONTO** che modalità di accesso inappropriate nelle strutture che erogano prestazioni di urgenza-emergenza si possono configurare come una tipologia di attività non facente parte i livelli essenziali di assistenza, così come stabiliti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001;

**RITENUTO** pertanto opportuno prevedere un rimborso forfetario per l'erogazione nelle strutture di urgenza-emergenza di prestazioni ritenute inappropriate, a fronte di un servizio aggiuntivo che non può che essere posto a carico dei singoli cittadini che intendono usufruire di tali prestazioni, così come definito nell'allegato B al presente provvedimento;

**TENUTO CONTO** che per la determinazione quantitativa del rimborso suddetto debba essere preso come riferimento quanto contenuto nell'art. 3, comma 7 del d.lgs. 124/98, anche se sospeso dalla normativa vigente;

**RITENUTO** che gli interventi sopra previsti risultino coerenti con le finalità del presente provvedimento e siano compatibili con l'assicurazione delle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza;

**VAGLIATE** ed assunte come proprie dette valutazioni;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge

### **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

1. **di stabilire** che le condizioni di applicazione di quote di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale sono quelle definite nell'allegato A) , parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di stabilire** che le condizioni di applicazione di un rimborso forfetario per l'erogazione di prestazioni ritenute inappropriate se erogate in regime di urgenza-emergenza sono quelle definite nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. **di stabilire** che gli effetti del presente provvedimento decorrono dal secondo giorno successivo alla sua adozione;
4. **di procedere** alla notifica del presente atto alle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno alla relativa diffusione nel territorio di relativa competenza;
5. **di dare mandato** alle Aziende Sanitarie Locali di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del presente provvedimento;
6. **di pubblicare** il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Regione Lombardia- Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO

## **Assistenza farmaceutica territoriale**

Nell'anno 2001 la spesa farmaceutica convenzionata netta in Regione Lombardia è stata di 3.159 miliardi di lire, con un aumento rispetto al 2000 del 31.3%. La spesa farmaceutica convenzionata nel 2002, in base ai dati del periodo gennaio – ottobre 2002, è stimabile che superi il tetto del 13 % della spesa sanitaria.

I principali fattori che hanno influenzato la crescita della spesa farmaceutica convenzionata sono stati:

- l'abolizione a partire dal 1° Gennaio 2001 di ogni forma di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti;
- l'allargamento della copertura farmaceutica da parte del Servizio Sanitario Nazionale, con l'ammissione alla rimborsabilità di nuovi farmaci ad alto costo;
- l'aumento dei prezzi dei farmaci.

La Legge n. 405/01, all'art. 5, ha introdotto il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, disponendo che a partire dall'anno 2002 "l'onere a carico del SSN non può superare , a livello nazionale e regionale, il 13% della spesa sanitaria complessiva" e che per il rispetto di tale tetto le regioni debbano adottare i necessari provvedimenti.

La Regione Lombardia ha attivato una serie di interventi in materia di razionalizzazione della spesa per l'assistenza farmaceutica nel corso dell'anno 2002, al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'accordo Stato Regione dell'8 agosto 2001.

I provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale sono i seguenti:

- Delisting – esclusione dalla rimborsabilità di specifiche categorie di farmaci (riconfermati dal DM del 27/09/2002) a partire dal 1° Aprile 2002 (DGR n. VII/8630 del 27 marzo 2002 e DGR n. VII/9004 del 7 maggio 2002);
- Attivazione del Tavolo di monitoraggio della spesa farmaceutica a partire dal 1° aprile 2002 (DGR n. VII/8630 del 27 marzo 2002);
- Attivazione della campagna informativa sul corretto uso del farmaco rivolta ai cittadini con DGR n. VII/8630 del 27 marzo 2002;
- Recepimento dell'accordo regionale con le Associazioni sindacali delle Farmacie Convenzionate, pubbliche e private per la distribuzione dei farmaci ex nota 37 (Duplice via di distribuzione ) ai sensi dell'art. 8 lettera a) l. 405/2001 (DGR n. VII/9336 del 7 giugno 2002);
- Attivazione dell'erogazione diretta dei farmaci ai dimessi da strutture di ricovero ospedaliero pubbliche, sia in regime di ricovero ordinario che a ciclo diurno, in misura sufficiente al primo

ciclo terapeutico completo ai sensi dell'art. 8 lettera c) l. 405/01 (DGR n. VII/10246 del 6 agosto 2002);

- Attivazione delle ASL ad effettuare i controlli sui dati di prescrizione farmaceutica territoriale relativi all'anno 2001 e al primo trimestre 2002 (DGR n. VII/10246 del 6 agosto 2002).

Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di contenimento previsti dall'art. 5 della legge succitata senza arrecare pregiudizio alla fruizione dell'assistenza farmaceutica da parte dei cittadini, si ritiene necessario prevedere che la quota di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico degli assistiti sia di 2 Euro per ogni pezzo di farmaco prescritto fino ad un massimo di 4 Euro per ricetta.

Gli assistiti, a cui sono prescritti i medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge n. 405/2001 (medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica e i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi), sono tenuti a corrispondere una quota fissa di 2 Euro a pezzo fino ad un massimo di 4 Euro per ricetta.

Le categorie di cittadini, esenti per patologia o condizione individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001, e le categorie affette da malattie rare, individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 27/9/2001, possono usufruire della pluriprescrizione fino a tre pezzi per ricetta, per i farmaci correlati alla propria patologia. Le stesse, pur mantenendo il loro stato di esenzione per la specialistica ambulatoriale, sono comunque tenute a corrispondere la quota fissa di 2 Euro per ogni pezzo di farmaco prescritto fino ad un massimo di 4 Euro per ricetta, in quanto comunque beneficiano della prescrizione di un numero di farmaci maggiore, a fronte del pagamento della stessa quota massima.

Le seguenti categorie di assistiti sono totalmente escluse dal pagamento della quota fissa sopra stabilita:

- a) invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia;
- b) grandi invalidi per servizio;
- c) grandi invalidi per lavoro;
- d) invalidi civili al 100%;
- e) invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza;
- f) danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazioni di emoderivati ex legge n. 238/1997, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992;
- g) ciechi e sordomuti (legge n. 68 del 12/3/1999);

- h) vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
- i) titolari di pensioni sociali
- j) titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore 8.263,31 € incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 € per ogni figlio a carico.

La presenza dello status previsto nei punti i) e j) dovrà essere autocertificato dai cittadini, ai sensi della normativa vigente, al momento del ritiro del farmaco.

Inoltre, in applicazione della Decreto 27 settembre 2002 del Ministro della salute recante “Riclassificazione dei medicinali ai sensi dell’art.9, commi 2 e 3, della legge 8 agosto 2002, n.178” pubblicato nel supplemento ordinario n. 200 alla Gazzetta Ufficiale – serie generale –n. 249 del 23 ottobre 2002, il farmacista, in caso di non disponibilità del farmaco non coperto da brevetto, fermo restando quanto previsto all’art. 6 del D.P.R. n. 371 del 8 Luglio 1998 e la necessità di individuare la responsabilità di tale carenza, consegna all’assistito il farmaco con prezzo più basso al momento disponibile, senza oneri a carico del cittadino.



## **Attività in emergenza-urgenza**

La rete ospedaliera dell'urgenza-emergenza ad oggi è articolata, secondo la dcr n. 932/98, in quattro livelli di operatività, correlati a crescenti complessità cliniche organizzative: 52 punti di Primo Intervento, 48 Pronto Soccorso, 44 DEA, 10 EAS e due particolari situazioni che sono l'EAS interaziendale di Milano, costituito dalla partecipazione coordinata di "Ospedale Maggiore", "Istituti Clinici di perfezionamento" e "G.Pini", e l'EAS monospecialistico per l'area cardiologica-cardiochirurgica, IRCCS privato "Fondazione Monzino" di Milano. Queste strutture sono quotidianamente impegnate a risolvere numerosissimi casi, in quanto il numero di cittadini che si rivolgono a tali strutture è estremamente elevato, oltre 3.600.000 accessi annui. Le prestazioni erogate sono molto eterogenee e solo il 20 % dei pazienti necessita di un ricovero dopo la visita in pronto soccorso. Il nuovo Piano socio-sanitario stabilisce che le strutture deputate all'urgenza-emergenza dovranno sempre più specializzarsi, in modo da poter essere un riferimento per il territorio, non solo per quanto riguarda la professionalità ma anche per la tempestività delle cure.

Le Linee Guida sul triage intraospedaliero pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 285 del 7/12/2001, emanate dal Ministero della Salute, frutto di un accordo Stato-Regioni, individuano dei codici di gravità, in analogia con quelli previsti dal D.M. 15/5/1992, articolati in 4 categorie: rosso, giallo, verde, bianco che sono già utilizzati da tutte le strutture che svolgono urgenza-emergenza. Il significato dei codici è il seguente:

- Rosso: paziente molto critico. Questo codice viene assegnato a pazienti in imminente pericolo di vita, con compromissione dei parametri vitali relativi all'apparato respiratorio, circolatorio e allo stato di coscienza. La priorità di accesso è massima
- Giallo: paziente mediamente critico. Questo codice viene assegnato a pazienti in potenziale pericolo di vita, nei quali c'è la minaccia del cedimento di una delle funzioni vitali. La priorità di accesso è intermedia
- Verde: paziente poco critico. Questo codice viene assegnato ai pazienti che necessitano di una prestazione medica che può essere differibile, in quanto non presentano compromissione dei parametri vitali. La priorità di accesso è bassa
- Bianco: paziente non critico. Questo codice viene assegnato a pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non rivestono alcun carattere di urgenza e che potrebbero essere svolte anche in un altro livello assistenziale. Questi pazienti sono da considerarsi non urgenti.

L'erogazione di prestazioni che dovrebbero essere effettuate in un altro regime assistenziale, come quello ambulatoriale, comporta che le strutture interessate utilizzino risorse per un compito che non è quello "istituzionale": infatti le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero sono spesso

causate dalla volontà di superare le liste di attesa e di evadere la compartecipazione alla spesa, dovuta in regime ambulatoriale.

Pertanto le prestazioni erogate in maniera inappropriata nelle strutture deputate all'urgenza-emergenza sono considerate come una tipologia di attività non facente parte i livelli essenziali di assistenza, così come stabiliti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001. Quindi, al fine di disincentivare un utilizzo inappropriato delle strutture di pronto soccorso, viene stabilito un rimborso forfetario per l'erogazione nelle strutture di urgenza-emergenza di tali prestazioni aggiuntive.

La quota a carico dei cittadini è stabilita in 35 Euro nel caso dell'effettuazione della sola visita specialistica, anche se eseguita da più specialisti o, in alternativa, di 50 Euro nel caso di effettuazione anche di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche correlate alla visita stessa.

Sono da sottoporre alla quota di rimborso stabilita tutte le prestazioni effettuate nelle strutture della rete dell'urgenza-emergenza a favore di pazienti che presentano un codice bianco al triage intraospedaliero. Il codice da tenere in considerazione è quello che il medico assegna al paziente alla fine della valutazione clinica. Non sono da sottoporre comunque a tale quota le seguenti prestazioni:

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

La quota prevista è dovuta da parte di tutti i soggetti interessati indipendentemente dalla presenza di un eventuale stato di esenzione.

Tale determinazione permette di non ledere in nessun modo le prestazioni garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza nonché il diritto di accesso del cittadino alle strutture sanitarie in quanto si limita a ricondurre l'erogazione delle prestazioni al corretto regime assistenziale, permettendo, inoltre, alle strutture deputate all'attività di urgenza-emergenza di svolgere al meglio il loro compito.

Ogni struttura erogatrice che svolge prestazioni in urgenza-emergenza deve informare adeguatamente il personale che opera nella medesima, sulla corretta applicazione di quanto previsto; inoltre deve provvedere alla comunicazione ed informazione dei cittadini, che devono essere adeguatamente informati sulla possibilità di dover corrispondere quanto previsto nel presente documento. Il pagamento della quota dovrà essere effettuata prima del rilascio della documentazione sanitaria relativa alle prestazioni rese, attivandosi, nel caso di impossibilità, alla riscossione di quanto dovuto.