



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10-08-2012 (punto N 2)

Delibera

N 753

del 10-08-2012

Proponente

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile EDOARDO MICHELE MAJNO

Estensore KATIA BELVEDERE

Oggetto

RIMODULAZIONE DEI LIVELLI DI COMPARTECIPAZIONE AI COSTI DELLE
PRESTAZIONI SANITARIE, DI CUI ALLE DELIBERE GR n. 722/2011 E n. 867/2012 E
RELATIVE DELIBERE ATTUATIVE

Presenti

ENRICO ROSSI

CRISTINA SCALETTI

ANNA RITA BRAMERINI

STELLA TARGETTI

LUCA CECCOBAO

LUIGI MARRONI

Assenti

SALVATORE ALLOCCA

GIANNI SALVADORI

ANNA MARSON

GIANFRANCO

SIMONCINI

RICCARDO NENCINI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il PRS 2011-2015, adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n.49 del 29 giugno 2011;

Visto il DPEF, adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n.56 del 27 luglio 2011;

Visto l'art. 1 comma 796, lettera p), primo periodo, della L. 296/2006 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", che ha previsto, a decorrere dal giorno 1 gennaio 2007, per gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il pagamento di una quota aggiuntiva di 10 euro a ricetta;

Visto l'art. 1 comma 796, lettera p) bis, che dispone la facoltà per le Regioni, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al primo periodo della lettera p), di adottare misure alternative all'applicazione della quota fissa di dieci euro, consistenti nell'introduzione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ovvero nella stipula di un accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza;

Visto l'art. 61, comma 19, del D.L. 25.06.2008 n. 112, che prevede, per gli anni 2009, 2010 e 2011, l'abolizione della quota di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui al citato art. 1, comma 796, lettera p), L. 296/2006;

Visto l'art. 17, comma 6, del D.L. 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni dalla L.111/2011, che ha previsto, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della L. 296/2006 e la cessazione degli effetti delle disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del D.L. 112/2008, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 13;

Considerata la difficile situazione economica e la contestuale necessità di mantenere inalterato il livello qualitativo dei servizi;

Richiamate le DGR n. 722/2011, 723/2011, 724/2011, 738/2011, 743/2011, 799/2011 e n. 867/2011, approvate a seguito dell'entrata in vigore del suddetto DL 98/2011, con le quali sono state approvate misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della L. 296/2006, lettera p), primo periodo, in considerazione della necessità di garantire l'erogazione dei servizi, contemperando le esigenze di equilibrio economico con il principio di equità di accesso alle cure;

Dato atto che le suddette delibere hanno introdotto, in luogo della quota fissa prevista dalla norma nazionale, un sistema ancorato alle condizioni economiche del paziente, secondo fasce differenziate, e che per la misurazione di tali fasce è stata prevista, in prima applicazione, la possibilità di ricorrere alternativamente allo strumento del reddito familiare, certificato e soggetto a verifica, o a quello della situazione economica equivalente (ISEE) da esibire per le stesse fasce economiche, prevedendosi, in ogni caso, la progressiva adozione dell'ISEE quale unico parametro di misurazione della situazione economica ai fini dell'applicazione del ticket;

Richiamata la Delibera G.R. 1022/2011 mediante la quale si è proceduto alla ratifica dell'accordo sottoscritto fra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Toscana per la validazione delle misure alternative, introdotte con le delibere sopracitate,

considerate equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza;

Tenuto conto che è in corso di definizione a livello nazionale un apposito testo normativo di revisione delle modalità di determinazione e dei campi di applicazione dell'ISEE, come disciplinati dal D.Lgs. 109/1998, e che, in merito a tale iniziativa, la Regione Toscana è impegnata a fornire propri contributi tesi a proporre l'introduzione di ulteriori indicatori, che riequilibrino verso crescente equità i fattori di reddito e patrimoniali;

Preso atto, pertanto, che, a seguito dell'eventuale revisione operata a livello nazionale dello strumento ISEE, sarà necessario procedere ad una nuova determinazione delle fasce ISEE, che tenga conto delle innovazioni introdotte dal legislatore nazionale e che consenta di procedere ad una maggiore graduazione delle fasce ISEE, al fine di valutare in maniera più puntuale la situazione economica dei cittadini;

Ritenuto, nelle more della revisione dell'ISEE a livello nazionale di lasciare invariate le attuali fasce economiche valevoli per gli strumenti del reddito familiare fiscale e dell'ISEE;

Ritenuto, in ogni caso, di prevedere che, a partire dal giorno 1 gennaio 2013, opererà, previa valutazione dello stato di revisione dello strumento ISEE a livello nazionale e conseguente riformulazione delle fasce economiche, ai fini della definizione dei livelli di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (ticket aggiuntivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e ticket farmaceutico), esclusivamente lo strumento ISEE, ferma restando, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la vigenza, per le categorie di soggetti esenti per reddito delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 16 della Legge 537/1993, e successive modificazioni;

Ritenuto opportuno, in ragione della particolare contingenza economica nazionale, procedere alla rimodulazione, con efficacia dal 3 settembre 2012, dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, al fine di garantire una sempre maggiore equità degli interventi;

Ritenuto di approvare la rimodulazione dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, di cui all'allegato A alla presente delibera, modificando i corrispettivi allegati delle Delibere GR 722/2011 e 867/2011, e relative delibere attuative, che continuano ad avere efficacia per quanto non diversamente disposto dal presente atto;

Valutato opportuno confermare, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale le attuali categorie di esenti previste dalle vigenti normative nazionali e regionali e di individuare per la farmaceutica convenzionata le categorie di esenti, per le misure di cui al presente atto, come riportate nell'allegato A della presente deliberazione;

Ritenuto di demandare a specifico atto deliberativo la revisione del tariffario regionale delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL toscane, di cui alla Delibera GRT 264/2012;

Ritenuto opportuno avviare un percorso per definire interventi che consentano un uso appropriato degli ausili, a partire dai letti ortopedici, materassi antidecubito e carrozzine, anche prevedendo eventuali forme di cauzione per gli utenti al momento della consegna dell'ausilio medesimo;

Tenuto conto che le iniziative adottate dalla presente Delibera comportano, come risultante dagli studi effettuati dall'IRPET, agli atti di ufficio, un incremento delle risorse che saranno introitate, rispetto a quelle già previste e, pertanto, non modificano, sotto il profilo del mantenimento

dell'equilibrio economico-finanziario e sotto il profilo del controllo dell'appropriatezza, i contenuti dell'Accordo, di cui alla Delibera G.R. 1022/2011;

Ritenuto, in ogni caso, opportuno provvedere alla tempestiva comunicazione della presente Delibera al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Considerato demandare alla Direzione Generale competente il compito di adottare, in raccordo con le aziende sanitarie, tutti gli atti necessari a dare piena operatività alla presente Delibera, procedendo ad una adeguata attività di comunicazione e informazione nei confronti dei cittadini e di tutti gli altri soggetti interessati;

Considerato di demandare alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale il compito di attivare ogni iniziativa utile a realizzare una costante attività di monitoraggio, verifica e controllo della operatività dei sistemi di compartecipazione, anche tramite raccordo con i soggetti istituzionali coinvolti nel processo, in conformità a quanto sancito dall'art. 109 della l.r. 66/2011;

Dato atto che, sul presente atto, è stato effettuato il confronto con le parti sociali rappresentative e le rappresentanze professionali coinvolte;

Visto il parere espresso dal CTD nella seduta del 2 agosto 2012;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare la rimodulazione dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, di cui all'allegato A alla presente delibera, modificando i corrispettivi allegati delle Delibere GR 722/2011 e 867/2011, e relative delibere attuative, che continuano ad avere efficacia per quanto non diversamente disposto dal presente atto;
2. di prevedere che la rimodulazione dei livelli di compartecipazione, di cui al capoverso precedente, sia efficace a partire dal 3 settembre 2012;
3. di prevedere che, a partire dal giorno 1 gennaio 2013, opererà, previa valutazione dello stato di revisione dello strumento ISEE a livello nazionale e conseguente riformulazione delle fasce economiche, ai fini della definizione dei livelli di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (ticket aggiuntivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e ticket farmaceutico), esclusivamente lo strumento ISEE, ferma restando, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la vigenza, per le categorie di soggetti esenti per reddito delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 16 della Legge 537/1993, e successive modificazioni;
4. di demandare a specifico atto deliberativo la revisione del tariffario regionale delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL toscane, di cui alla Delibera GRT 264/2012;
5. di avviare un percorso da concludersi entro il 15/09/2012 per definire interventi che consentano un uso appropriato degli ausili, a partire dai letti ortopedici, materassi antidecubito e carrozzine, anche prevedendo eventuali forme di cauzione per gli utenti al momento della consegna dell'ausilio medesimo;

6. di provvedere alla tempestiva comunicazione della presente Delibera al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;
7. di proseguire i confronti avviati con le parti sociali e le rappresentanze professionali , al fine di assicurare l'applicazione della presente Delibera secondo criteri di equità;
8. di demandare alla Direzione Generale competente il compito di adottare, in raccordo con le aziende sanitarie, tutti gli atti necessari a dare piena operatività alla presente Delibera, procedendo ad una adeguata attività di comunicazione e informazione nei confronti dei cittadini e di tutti gli altri soggetti interessati;
9. di demandare alla Direzione Generale competente il compito di attivare ogni iniziativa utile a realizzare una costante attività di monitoraggio, verifica e controllo della operatività dei sistemi di compartecipazione, anche tramite raccordo con i soggetti istituzionali coinvolti nel processo, in conformità a quanto sancito dall'art. 109 della lr 66/2011;

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 18, comma 2, lett. a) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Direttore generale
EDOARDO MICHELE MAJNO

ALLEGATO A

Ambito	Azione	Fascia di reddito familiare fiscale in euro o ISEE	Ticket	Atto di riferimento
Farmaceutica Convenzionata	Ticket per confezione, differenziato per fasce di reddito e fatte salve le categorie di esenti individuate in calce alla presente tabella	0 - 36.151,98	0	Presente delibera
		36.151,99 – 70.000	2€ a confezione fino ad un massimo di 4 € per ricetta, con esclusione degli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 e dagli atti regionali in materia per i farmaci correlati alla patologia di esenzione	
		70.001 – 100.000	3 € a confezione fino ad un massimo di € 6 per ricetta	
		superiore a 100.000	4€ a confezione fino ad un massimo di € 8 per ricetta	
Specialistica ambulatoriale	Ticket aggiuntivo per ricetta con valore >€10 (escluso TC e RMN), differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	Presente delibera
		36.151,99 – 70.000	10 € a ricetta	
		70.001 – 100.000	20 € a ricetta	
		superiore a 100.000	30 € a ricetta	
Specialistica ambulatoriale RM, TC	Ticket aggiuntivo per prestazione TC, RM differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	DGRT 867/11
		36.151,99 – 70.000	10 € a ricetta	
		70.001 – 100.000	24 € a ricetta	
		superiore a 100.000	34 € a ricetta	
Specialistica ambulatoriale prestazioni a cicli	Ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti per le prestazioni ambulatoriali erogate a cicli	0 - 36.151,98	0	DGRT 867/11
		36.151,99 – 70.000	10 € a ricetta	
		70.001 – 100.000	24 € a ricetta	
		superiore a 100.000	34 € a ricetta	
Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Ticket aggiuntivo differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	DGRT 867/11
		36.151,99 – 70.000	32 € a ricetta	
		70.001 – 100.000	52 € a ricetta	
		superiore a 100.000	82 € a ricetta	
Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini	Ticket aggiuntivo per ricetta differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti, per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (scintigrafie e PET)	0 - 36.151,98	0	DGRT 867/11
		36.151,99 – 70.000	15 € a ricetta	
		70.001 – 100.000	30 € a ricetta	
		superiore a 100.000	40 € a ricetta	

Contributo sulla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini	Contributo fisso su digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (produzione, archiviazione, trasmissione dell'immagine...)	Il Contributo si applica a tutti gli utenti	10 €	Presente delibera
Libera Professione	Contributo aggiuntivo fisso su prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Libera Professione Intraoemnia		€ 10 per tariffe <€ 100, € 15 tra € 100 e €200, € 30 > € 200	DGRT 722/11

Ambito	Azione	Prestazione	Ticket	Modifiche rispetto agli atti precedenti
Specialistica ambulatoriale prestazioni per Procreazione Medicalmente Assistita	Ticket differenziato in base alla tariffa della prestazione	Inseminazione intrauterina Incluso: Capacitazione di materiale seminale e Monitoraggio della ovulazione Monitoraggio della ovulazione	100 € a ricetta	
		Fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica Incluso: Monitoraggio della ovulazione	100 € a ricetta	
		Fecondazione in vitro con inseminazione intracitoplasmatica e prelievo microchirurgico degli spermatozoi	500 € a ricetta	Presente delibera
			500 € a ricetta	

Esenzioni sulla farmaceutica

Sono esenti dal pagamento del ticket per la farmaceutica le seguenti categorie:

- Gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
- Gli invalidi per servizio
- Gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro
- I danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992
- Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari
- I ciechi e i sordomuti
- Gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia
- Gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta
- I disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico
- I lavoratori in mobilità e i familiari a carico
- I lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a carico
- I lavoratori in cassa integrazione "in deroga"

Note:

- 1) Le quote di compartecipazione alla spesa farmaceutica di cui al presente allegato si sommano alle eventuali quote dovute dall'assistito in applicazione dell'art.7 della L. 405/2001 e s.m.i.
- 2) Laddove la quota di compartecipazione superasse il costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare una quota di partecipazione pari al prezzo del farmaco
- 3) Nell'anno solare la somma dei ticket sulla farmaceutica convenzionata a carico di un singolo utente, non può superare l'importo di 400 euro



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10-10-2011 (punto N 28)

Delibera

N 867

del 10-10-2011

Proponente

DANIELA SCARAMUCCIA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile BEATRICE SASSI

Estensore CARLA RIZZUTI

Oggetto

Prosecuzione dell'implementazione delle misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Presenti

ENRICO ROSSI

ANNA MARSON

CRISTINA SCALETTI

STELLA TARGETTI

SALVATORE ALLOCCA

RICCARDO NENCINI

DANIELA

SCARAMUCCIA

LUCA CECCOBAO

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

Assenti

ANNA RITA

BRAMERINI

ALLEGATI N°3

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	allegato A
B	Si	Cartaceo+Digitale	allegato B
C	Si	Cartaceo+Digitale	allegato C

Note

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamata la propria delibera n. 722 del 4.08.2011 avente ad oggetto: "Iniziativa connesse alla entrata in vigore del DL 98/2011, come convertito dalla L 111/2011-Misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie";

Sottolineato che la finalità del suddetto provvedimento si orientava a definire, con criteri di equità e di parametrizzazione secondo il reddito, gli ambiti di servizio sanitario soggetti a compartecipazione aggiuntiva alla spesa quale alternativa alle disposizioni governative che prevedevano la maggiorazione di € 10 come quota ricetta per tutte le prestazioni erogate a soggetti non esenti;

Ricordato che tali inusuali misure si orientavano in via preliminare e previsionale a recuperare il gettito disposto con Decreto Ministeriale del 26.7.2011 determinato in € 67.345.989;

Sottolineato che il dispositivo della suddetta delibera prevedeva *"di continuare la valutazione sulla implementazione degli atti preparatori all'attuazione della manovra valutando criteri ulteriori di equità (sostituzione di ISEE al reddito familiare) al contempo verificando efficacia di azioni e strumenti rispetto all'entità delle cifre da raggiungere"*;

Ritenuto di proseguire l'implementazione della delibera 722/11 sulla base dei seguenti criteri, come ambiti in cui è ragionevole ed equo disporre, fermo restando la parametrizzazione in base al reddito o ISEE equivalente, che l'utente acceda alle prestazioni con un diversificato ticket aggiuntivo, come riportato nell'allegato A per le seguenti tipologie di prestazioni:

- a) prestazioni il cui attuale livello di compartecipazione è ampiamente inferiore alla tariffa del nomenclatore, ovvero all'oggettivo assorbimento di risorse pubbliche ivi impegnate per l'erogazione e prestazioni ad alto costo per l'elevata qualità e sicurezza delle prestazioni (allegato A);
- b) pacchetti di prestazioni ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitativa costituiti da una set di prestazioni organizzati per cicli, orientati al raggiungimento di obiettivi ottimali di riabilitazione il cui costo complessivo risulta elevato e attualmente fruibile con la compartecipazione di 36,15 euro (di cui all'allegato 1 DGRT 723/11, che integralmente si richiama);

Considerato che i suddetti criteri potranno essere assunti a riferimento per ulteriori azioni in una prossima cornice orientata, a regime, al complessivo e completo riordino della materia e che essi potranno sostenere l'individuazione delle possibili aree di intervento quali:

- A. prestazioni ad alto costo o di cui sia stato ottimizzato il processo di erogazione;
- B. prestazioni connotabili da possibili profili di appropriatezza rispetto alle linee guida prescrittive;
- C. prestazioni erogate con particolari livelli di complessità, qualità e sicurezza.

Verificato, in una logica di progressiva analisi ed implementazione dei criteri, che i flussi delle predette attività erogate nel corso dell'anno 2010, a utenti non esenti, è determinato come riportato nell'allegato B in termini di volumi di attività e di relativa consistenza;

Ritenuto inoltre che, in base ai criteri adottati di parametrizzazione in base al reddito e, transitoriamente, ad ISEE equivalente sulle stesse fasce, la distribuzione delle medesime prestazioni sulle fasce di reddito elaborate sulla base degli archivi SOGEI, e ugualmente rappresentata nell'allegato B, è valutabile pertanto dal Ministero Economia e Finanza come dato di certo riferimento amministrativo;

Valutato che, ai fini implementativi delle misure alternative risulta equo, in base ai criteri enunciati ed assunti a riferimento, disporre sulle prestazioni di cui sopra la rideterminazione o l'introduzione del ticket aggiuntivo con le modalità riportate nel richiamato allegato B;

Dato atto che la soglia fissata dall'art. 8 comma 15 l. 24 dicembre 1993 n. 537, pari a 36,15 euro, risulta invariata da tale data e non più rispondente ai costi sottesi, e pertanto si rende necessario intervenire sulla stessa, almeno transitoriamente, prima della ultimazione di tutta l'operazione che si snoda per fasi articolate finalizzate a garantire, a parità di risultato, la migliore equità (prevalenza strumento ISEE, revisione normativa per l'omogeneità di trattamento in materia di esenzione, previsione di servizi ad alto valore sociale e sanitario non previsti dai LEA nazionali);

Dato atto che, sul presente atto, è stato avviato il confronto con le parti sociali rappresentative e coinvolte;

Ritenuto pertanto di approvare i contenuti delle suddette azioni implementative e prevedere l'operatività delle correlate azioni dalla data in cui i sistemi operativi potranno recepire tecnicamente le modifiche da apportare;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di implementare, secondo quanto già disposto dalla DGR 722/2011, secondo i medesimi criteri di sostenibilità ed equità, le misure attuative alla manovra governativa già operative con le ulteriori determinazioni riprodotte, nelle loro rilevanza nell'allegato B;
- 2) di disporre inoltre, almeno transitoriamente, prima della ultimazione di tutta l'operazione che si snoda per fasi articolate finalizzate a garantire, a parità di risultato, la migliore equità, l'elevazione della franchigia, già fissata in 36,15 euro, a 38,00 euro, con gli esiti economici di cui all'allegato C;
- 3) di precisare che quest'ultima misura, al momento necessaria, è disposta in attesa della completa ridefinizione delle disposizioni che regolano la compartecipazione attualmente in fase di revisione per garantire, agli esiti, un panorama di omogeneità e la sostenibilità delle prestazioni ad alto valore socio-sanitario;
- 4) di dare atto che sul presente procedimento è stato aperto il confronto con le parti sociali rappresentative e coinvolte;
- 5) di proseguire le analisi utili a creare un sistema compartecipativo equo che garantisca, nella valorizzazione delle risorse e prestazioni pubbliche, la complessità dei servizi erogati;
- 6) di dare atto che l'operatività delle suddette misure decorrerà dalla data a partire dalla quale i sistemi operativi saranno in grado di accogliere nei programmi di gestione le introdotte modifiche.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA**

**Il Direttore Generale
BEATRICE SASSI**

Allegato A**Prestazioni di chirurgia ambulatoriale e prestazioni ad alto costo**

03.91	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia	103
03.92	Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale	103
04.43	Liberazione del tunnel carpale	290
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	290
05.32	Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici	129
08.44	Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra	155
08.6	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto	310
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	258
09.73	Riparazione dei canalicoli	207
10.4	Congiuntivoplastica	91
11.32	Asportazione dello pterigium con innesto della cornea	91
11.60	Trapianto di cornea	880
11.62.1	Cheratoplastica lamellare con laser ad eccimeri	1050
11.62.2	Cheratoplastica lamellare senza laser ad eccimeri	980
11.75.1	Cheratotomia arciforme	289
11.99.2	Correzione dei vizi di refrazione con laser ad eccimeri o ad olmio	413
11.99.3	Correzione di alterazioni corneali	413
11.99.4	Correzione dei vizi di refrazione	516
11.99.5	Cross linking corneale	600
12.40	Rimozione di lesione del segmento anteriore dell'occhio, nas	114
12.41	Demolizione di lesione dell' iride, non escissionale	91
12.5	Interventi per favorire la circolazione intraoculare	400
12.64.1	Intervento di glaucoma: trabeculectomia con antimetaboliti	510
12.64.2	Intervento di glaucoma: trabeculectomia senza antimetaboliti	470
12.66	Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera	420
12.69	Altri interventi di fistolizzazione della sclera	510
12.7	Altri interventi chirurgici per ridurre l'ipertono oculare	410
12.89.1	Intervento di glaucoma: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia con impianti	900
12.89.2	Intervento di glaucoma: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia senza impianti	485
13.1	Intervento di cataratta senza impianto di lente intraoculare	525
13.70	Inserzione di cristallino artificiale sai	1250
13.71	Intervento di cataratta con impianto di lente intraoculare	900
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	615
13.72.1	Impianto secondario di cristallino artificiale a fissazione sclerale	730
14.24.1	Fotocoagulazione panretinica comprensiva dell'intero trattamento con minimo di tre sedute	225
14.24.2	Terapia laser e ttt delle patologie vascolari retiniche	110
14.24.3	Terapia laser e ttt delle patologie tumorali retino-coroideali	110
14.29.1	Terapia fotodinamica laser per il trattamento delle membrane neovascolari sottoretiniche	1400
14.4	Riparazione di distacco retinico mediante indentazione sclerale con o senza impianto	980
14.79.1	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	105
15.0	Procedure diagnostiche su muscoli e tendini extraoculari	400
15.1	Interventi su un muscolo extraoculare che richiedono distacco temporaneo del bulbo	490
15.2	Altri interventi su un muscolo	340

15.3	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi	510
15.4	Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi	540
15.5	Trasposizione di muscoli extraoculari	490
15.6	Revisione di chirurgia su muscolo extraoculare	400
15.7	Riparazione di lesioni del muscolo extraoculare	440
15.9	Altri interventi su muscoli e tendini extraoculari	400
18.21	Asportazione di seno preauricolare	215
18.31	Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno	230
21.88	Settoplastica	400
23.3	Ricostruzione di dente mediante intarsio	200
23.41	Applicazione di corona	150
23.41.1	Applicazione di corona in lega aurea	150
23.41.2	Altra applicazione di corona	150
23.41.3	Applicazione di corona e perno	200
23.41.4	Altra applicazione di corona e perno	200
23.42	Inserzione di ponte fisso	200
23.43.1	Inserzione di protesi rimovibile	128
23.5	Impianto di dente	128
24.20.1	Gengivoplastica (chirurgia parodontale)	100
33.24	Biopsia bronchiale (endoscopica)	129
34.24	Biopsia della pleura guidata con immagini	129
34.91.1	Toracentesi - TC guidata	165
38.59.1	Ministripping di vene varicose dell'arto inferiore	209
38.89	Deconnessione degli sbocchi safeno-femorale e safeno-popliteo	360
38.93	Cateterismo venoso per nutrizione parenterale	258
38.94	Inserzione di catetere venoso centrale	258
38.95	Cateterismo venoso per dialisi renale	258
39.27.1	Confezionamento di fistola prossimale arterovenosa per dialisi renale	331
39.40	Confezionamento di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	331
39.43	Chiusura di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	219
40.19.2	Agobiopsia linfonodale tc-guidata	105
42.33.2	Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica, mediante laser o argon plasma	97
45.23.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda	103
45.23.2	Colonscopia-ileoscopia retrograda con biopsia	170
45.23.3	Colonscopia in sedazione cosciente	155
45.24.1	Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra), endoscopio flessibile con biopsia	120
45.25.1	Colonscopia in sedazione cosciente con biopsia	175
45.29.4	Manometria del colon	167
45.42.1	Colonscopia in sedazione cosciente con polipectomia	210
45.43.1	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso per via endoscopica mediante laser o argon plasma, escluso: polipectomia endoscopica dell'intestino crasso e retto (45.42)	103
46.85	Dilatazione intestino per via endoscopica sonde palloni	125
50.19.1	Biopsia (percutanea)(agobiopsia) del fegato guidata con immagini	155
50.91	Aspirazione percutanea del fegato	155
54.21	Laparoscopia diagnostica	800
54.91.1	Drenaggio guidato con immagini percutaneo addominale	103
54.93	Creazione di fistola cutaneoperitoneale	105

64.0	Circoncisione	280
68.2	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero	500
69.09	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero	400
69.92	Inseminazione intrauterina. Incluso: Capacitazione di materiale seminale (69.92.1) e Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	475
69.92.2	Monitoraggio della ovulazione	385
69.92.3	Fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica. Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	1826
69.92.4	Fecondazione in vitro con inseminazione intracitoplasmatica e prelievo microchirurgico degli spermatozoi Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	2549
76.92.1	Inserzione di protesi mentoniera	310
77.56	Riparazione di dito a martello include 77.57 (riparazione dito ad artiglio)	320
82.91	Lisi di aderenze della mano liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano (tenolisi dito a scatto)	290
85.94	Rimozione di protesi mammaria	400
86.60	Innesto cutaneo, nas	207
86.61	Innesto di cute a pieno spessore nella mano	258
86.62	Altro innesto di cute nella mano	207
86.67.1	Innesto di derma rigenerativo	207
86.71	Allestimento e preparazione di lembi peduncolati	310
86.72	Avanzamento di lembo peduncolato	310
86.73	Trasferimento di lembo peduncolato sulla mano	310
86.74	Trasferimento di lembo peduncolato in altre sedi	413
86.75	Revisione di lembo peduncolato	258
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute	258
92.01.4	Scintigrafia tiroidea con indicatori positivi	180
92.02.2	Scintigrafia epatica per ricerca di lesioni angiomatiche	115
92.02.3	Scintigrafia sequenziale epatobiliare, inclusa colecisti,	104
92.02.4	Scintigrafia epatica con indicatori positivi	155
92.03.3	Scintigrafia sequenziale renale	112
92.04.4	Valutazione delle gastroenterorragie	103
92.05.1	Scintigrafia miocardica di perfusione,	187
92.05.3	Angiocardioscintigrafia di primo passaggio (first pass)	98
92.05.4	Angiocardioscintigrafia all'equilibrio	129
92.05.6	Scintigrafia del midollo osseo total body	108
92.09.1	Tomoscintigrafia miocardica (pet) di perfusione a riposo e dopo stimolo	1072
92.09.2	Tomoscintigrafia miocardica (spet) di perfusione a riposo o dopo stimolo	135
92.09.5	Studio di sopravvivenza degli eritrociti, cinetica differenziale	179
92.09.6	Studio completo della ferrocinetica	144
92.09.7	Studio della cinetica delle piastrine o dei leucociti,	221
92.11.1	Scintigrafia cerebrale, statica, studio completo	98
92.11.2	Scintigrafia cerebrale con angioscintigrafia, studio completo	126
92.11.3	Valutazione delle derivazioni liquorali	129
92.11.4	Determinazione e localizzazione perdite di lcr	207
92.11.5	Tomoscintigrafia cerebrale (spet)	239
92.11.6	Tomoscintigrafia cerebrale (pet) - studio qualitativo	850
92.11.7	Tomoscintigrafia cerebrale (pet) - studio quantitativo	850
92.13	Scintigrafia delle paratiroidi	191
92.15.2	Scintigrafia polmonare ventilatoria	199
92.15.4	Scintigrafia polmonare con indicatore positivo	169

92.16.1	Scintigrafia linfatica e linfoghiandolare segmentaria	111
92.18.1	Scintigrafia globale corporea con indicatori positivi	214
92.18.2	Scintigrafia ossea o articolare	113
92.18.3	Ricerca di metastasi di tumori tiroidei	137
92.18.4	Scintigrafia globale corporea con cellule autologhe marcate	252
92.18.5	Scintigrafia globale corporea con traccianti immunologici e recettoriali	413
92.18.6	Tomoscintigrafia globale corporea (pet)	850
92.19.1	Scintigrafia surrenalica corticale	259
92.19.2	Scintigrafia surrenalica midollare	293
92.19.7	Scintigrafia segmentaria con indicatori positivi	169
95.12.1	Angiografia con indocianina	220
98.5	Litotripsia extracorporea	150
99.88	Fotoferesi terapeutica	665

Prestazioni a ciclo

81.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento per seduta (ciclo fino ad un massimo di 8 sedute)	8	28	224
86.30.1	Asportazione o demolizione locale di lesioni cutanee mediante crioterapia	6	13	78
86.30.2	Crioterapia medica (neve carbonica)	6	6	36
86.30.3	Asportazione o demolizione locale di lesioni cutanee mediante elettrocoagulazione	6	36	216
86.30.4	Asportazione o distruzione neoformazioni cutanee mediante laser	6	41	246
93.18.1	Esercizi respiratori per seduta individuale	10	11	110
93.37	Training prenatale (per seduta)	18	7	126
93.39.2	Massoterapia per drenaggio linfatico	12	10	120
93.39.5	Elettroterapia antalgica elettroanalgesia transcutanea	10	4	40
93.46	Altre trazioni cutanee degli arti	12	4	48
93.57.1	Medicazione di ustioni per seduta (ciclo fino ad un massimo di 8 sedute)	8	10	80
93.82.1	Terapia educativa del diabetico per seduta individuale	10	9	90
93.89.6	Terapia educativa stomizzati	12	10	120
93.95	Ossigenazione iperbarica	12	67	804
93.99	Altre procedure respiratorie	10	11	110
94.09	Colloquio psicologico clinico	8	19	152
94.19.1	Colloquio psichiatrico	8	19	152
94.3	Psicoterapia individuale	8	20	160
94.32	Ipnoterapia	8	16	128
94.42	Psicoterapia familiare	8	24	192

94.44	Psicoterapia di gruppo	8	10	80
96.49	Instillazione genitourinaria per seduta (ciclo fino ad un massimo di 8 sedute)	8	10	80
96.59	Altra irrigazione di ferita per seduta (ciclo fino ad un massimo di 8 sedute)	8	4	32
99.12	Immunizzazione per allergia	12	12	144
99.73.1	Eritroaferesi con sacche multiple per seduta (ciclo di sei sedute)	6	44	264
99.82	Terapia a luce ultravioletta per seduta	6	2	12
99.82.1	Fotochemioterapia per seduta	6	8	48

Allegato B: ambiti di intervento e impatto economico su base annua (stima effettuata sui dati 2010)

Ambito	Azione	Impatto economico
Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitativa	Introduzione ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - € 36.151,98 : ricette 24.320 per € 0 • € 36.151,99 – 70.000: ricette 10.640 per € 32 • € 70.001 – 100.000: ricette 1.900 per € 52 • > € 100.001: ricette 1.140 per € 82 <p>Totale 558 mila euro</p>
Specialistica ambulatoriale 1	Rideterminazione ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (scintigrafie e pet)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - € 36.151,98 : ricette 19.918 per € 0 • € 36.151,99 – 70.000: ricette 8.714 per € 15 (ex 5 da DGRT 722/211) • € 70.001 – 100.000: ricette 1.556 per € 30 (ex 10 da DGRT 722/211) • > € 100.001: ricette 933 per € 40 (ex 15 da DGRT 722/211) <p>Totale 146 mila euro</p>
Specialistica ambulatoriale 2	Rideterminazione ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti per le prestazioni ambulatoriali erogate a cicli	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - € 36.151,98 : ricette 28.734 per € 0 • € 36.151,99 – 70.000: ricette 12.571 per € 10 (ex 5 da DGRT 722/211) • € 70.001 – 100.000: ricette 2.245 per € 24 (ex 10 da DGRT 722/211) • > € 100.001: ricette 1.347 per € 34 (ex 15 da DGRT 722/211) <p>Totale 119 mila euro</p>
Specialistica ambulatoriale 3	Rideterminazione ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti per le prestazioni per Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - € 36.151,98 : ricette 4.733 per € 0 • € 36.151,99 – 70.000: ricette 2.071 per € 50 (ex 5 da DGRT 722/211) • € 70.001 – 100.000: ricette 370 per € 100 (ex 10 da DGRT 722/211) • > € 100.001: ricette 222 per € 150 (ex 15 da DGRT 722/211) <p>Totale 156 mila euro</p>

Allegato C: Impatto economico su base annua della rideterminazione delle quota massima di compartecipazione (stima effettuata sui dati 2010)

Ambito	Azione	Impatto economico
Specialistica ambulatoriale	Rideterminazione della quota massima di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 8 comma 15 l. 24 dicembre 1993 n. 537, da 36,15 euro a 38 euro	<p>Numero ricette 2010 con ticket superiore a 36,14 euro: 1.300.664.</p> <p>Totale impatto 2,5 milioni euro</p>



**REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE**

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04-08-2011 (punto N. 1)

Delibera

N.722

del 04-08-2011

Proponente

DANIELA SCARAMUCCIA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Beatrice Sassi

Estensore: Katia Belvedere

Oggetto:

Iniziative connesse alla entrata in vigore del DL 98/2011, come convertito dalla L 111/2011-
Misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Presenti:

ENRICO ROSSI

SALVATORE ALLOCCA

ANNA RITA BRAMERINI

LUCA CECCOBAO

ANNA MARSON

CRISTINA SCALETTI

DANIELA SCARAMUCCIA

GIANFRANCO SIMONCINI

Assenti:

RICCARDO NENCINI

GIANNI SALVADORI

STELLA TARGETTI

ALLEGATI N°: 3

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
1	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato 1
2	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato 2
3	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato 3

Note:

GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 1 comma 796, della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"(Legge finanziaria 2007) che:

- alla lettera p) prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro e che per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro;
- alla lettera p)-bis, prevede che per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera p), le regioni anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:
 - adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza da parte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
 - stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza;

Richiamata la propria Delibera GR 534/2007 con la quale si dava attuazione alla previsione della Finanziaria 2007 in materia di "Partecipazione alla spesa per gli accessi in Pronto Soccorso e per le prestazioni specialistiche correlate" e per la quale si introduceva per gli accessi in Pronto Soccorso per codici priorità Bianco e Azzurro una quota di 25 euro per l'accesso, comprensiva della valutazione clinica e della effettuazione degli esami di laboratorio e ulteriori 25 euro per le eventuali prestazioni diagnostiche strumentali ricevute;

Vista la previsione dell'art. 61, comma 19 del D.L. 25.06.2008 n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione, della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, in base alla quale per gli anni 2009, 2010 e 2011, la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è abolita;

Visto l'art. 17, comma 6, del DL 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n.111, ai sensi del quale è previsto che:

- per l'anno 2011 il livello di finanziamento del SSR, a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'art.11, comma 12, del DL 31 maggio 2010 n.78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010 n.122 e dall'art 1, comma 49 della legge 13 dicembre 2010 n.220, è incrementato di 105 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le Regioni, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, con riferimento al periodo compreso fra il 1° giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente Decreto;
- a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, si applicano le disposizioni di cui all'art. 1, comma 796, lettere p) e p) -bis , della legge 27 dicembre 2006, n.

296 e cessino di avere effetto le disposizioni di cui all'art. 61 comma 19 del DL 25.06.2008 n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

Precisato che tali disposizioni sono state inserite nel testo del D.L. 98/2011 mediante il "maxi-emendamento" presentato dal Governo in sede di approvazione della L.111/2011, di conversione del D.L. predetto, entrato in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione (16 luglio 2011);

Evidenziato, nello specifico, che in sede di conversione del D.L. predetto il livello di finanziamento del SSR, a cui concorre ordinariamente lo Stato, è stato ridotto da 486,5 milioni di euro a 105 milioni di euro, procedendo ad una unilaterale modifica dei criteri di suddivisione tra Stato e Regioni della spesa sanitaria complessiva, così come concordati nel Patto per la salute del dicembre 2009;

Tenuto conto della introduzione delle suddette disposizioni in assenza di una preventiva attività di confronto e concertazione con le Regioni e considerata la sostanziale iniquità delle misure adottate, nonché le notevoli criticità che l'operatività delle stesse comportano;

Evidenziato, inoltre, che alla data di entrata in vigore della norma non vi era contezza della cifra da recuperare né delle modalità con cui la manovra avrebbe inciso a fronte della mancata attribuzione del fondo;

Richiamata la propria Delibera G.R. n. 628 del 18 luglio 2011, mediante la quale si è previsto, anche in ragione dei ristrettissimi termini sopra indicati, nonché per le ragioni sopra specificate la sospensione per 15 giorni dell'applicazione della disposizione, di cui l'art. 17, comma 6, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n.111, al fine di individuare, in conformità a quanto previsto dalla lettera p-bis), del comma 796 dell'art.1 della L.296/2006, le soluzioni tecniche alternative più idonee per garantire la erogazione dei servizi, contemperando le esigenze di equilibrio economico con il principio di equità di accesso alle cure;

Tenuto conto che con nota del 22 luglio 2011 la Delibera GRT 628/2011 è stata comunicata al Ministero della Salute, evidenziando l'intenzione di avvalersi delle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"(Legge finanziaria 2007), lettera p-bis);

Vista la comunicazione del Capo Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, inviata in data 27.07.2011, che, a riscontro della predetta nota del 22 luglio 2011, sottolinea la necessità di conformarsi alle disposizioni nazionali vigenti, in carenza della piena e formale adozione delle misure alternative;

Considerato che, mediante apposito decreto emesso solo in data 26 luglio 2011, il Capo Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, di concerto con il Ragioniere Generale dello Stato, ha effettuato la stima degli effetti, nelle singole Regioni, della complessiva manovra connessa all'applicazione dell'art.1, comma 796, lettera p) primo periodo della L.296/2006;

Evidenziato che la stima contenuta nel predetto Decreto, relativa agli effetti a carico della Regione Toscana, non risulta coincidente con i dati reali in possesso di questa Amministrazione, in base ai flussi informativi regionali e introduce elementi di presunzione che hanno richiesto valutazioni, approfondimenti e verifiche;

Attesa, pertanto, la necessità di attivare uno specifico confronto con il Dipartimento competente del Ministero, per definire la reale portata degli effetti della manovra;

Dato atto, al riguardo, della nota del 4 agosto 2011, prot. n. AOOGR/201111/Q020.020, trasmessa da questa Regione ai Ministeri competenti, con la quale, in relazione al Decreto ministeriale del 26 luglio 2011, si richiede specifico confronto per la verifica dei dati in esso riportati;

Considerato, ancorché il dibattito politico sia ancora in corso, che il termine di 15 giorni, di cui alla delibera G.R. 628/2011, è giunta a scadenza il giorno 1 agosto 2011 e che, nelle more del definitivo confronto, nonché delle eventuali intese modificative con il Governo rispetto alla manovra adottata, è indispensabile procedere ad individuare le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p), primo periodo, inerente la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro;

Dato atto che questa Regione, nell'ambito del confronto con il Governo, ha proposto, ipotesi di intervento non necessariamente legate alla compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, quanto piuttosto connesse ad iniziative di prevenzione e dissuasione della dipendenza dal fumo;

Richiamata la comunicazione del 4 agosto 2011, prot.n. 0201287/Q.20.20, con la quale questa Amministrazione, anche a seguito dell'incontro intercorso con il Governo il 3 agosto 2011, invia ai Ministeri competenti formale richiesta di urgente confronto, al fine di giungere ad una definizione degli effetti della manovra, sulla base dei dati verificati, e richiede di avvalersi della procedura di Accordo, prevista ai sensi dell'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p-bis), numero 2, per la individuazione delle misure alternative da approvarsi con specifica Delibera di Giunta Regionale;

Sottolineato che, fermo restando la obbligatorietà di dar corso alle norme vigenti, è volontà di questa Amministrazione procedere alla individuazione di misure che, pur risultando idonee a coprire gli oneri conseguenti alla manovra economica, siano ispirate a criteri di equità e progressione della compartecipazione alla spesa in relazione alla progressione del reddito familiare;

Ritenuto, pertanto, di individuare misure alternative, che prevedano forme di compartecipazione, al costo delle prestazioni sanitarie specialistiche con riferimento di cui alla Delibera di Giunta regionale 229/1997 e s.m.i (visite specialistiche, laboratorio, diagnostica per immagini, diagnostica strumentale, procedure chirurgiche ambulatoriali) e prestazioni farmaceutiche erogate in regime convenzionale, tutte ancorate anche alle condizioni economiche del paziente, secondo le fasce economiche riportate nell'allegato 1, per la cui misurazione, in prima applicazione, si potrà utilizzare sia lo strumento del reddito familiare, certificato e soggetto a verifica, sia quello della situazione economica equivalente (ISEE), per gli stessi valori delle fasce, che dovrà essere esibito,

nonché misure di partecipazione ai costi fissi sostenuti dal SSR per la funzionalità della libera professione in regime intramoenia, in proporzione alle tariffe già applicate;

Ritenuto che, ai fini della equità e trasparenza degli strumenti, sia opportuno adottare progressivamente azioni e accordi volti a garantirne l'efficacia, con particolare riferimento all'adozione dell'indicatore ISEE quale unico parametro di misurazione ai fini dell'applicazione dei ticket;

Valutato opportuno confermare, per la specialistica ambulatoriale, come sopra descritta, le attuali categorie di esenti totali e di individuare per la farmaceutica convenzionata le categorie di esenti per le misure di cui al presente atto, come riportato nell'allegato 3 della presente deliberazione, con la precisazione che la correlazione fra patologia e farmaco è rimessa alla valutazione del prescrittore;

Richiamata la Delibera di Giunta regionale 358 del 16/05/2011 avente per oggetto Art. 11, comma 9, legge 122/2010 . Modifica DGRT 270 del 18/04/2011.

Specificato che le prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione oggetto di adeguamento faranno riferimento alla DGRT 616/2008, esclude le visite medico legali (Certificazioni sanitarie domiciliari ai dipendenti assenti dal servizio per motivi di salute - visite di controllo dello stato di malattia del lavoratore dipendente – e Certificazioni ambulatoriali ai dipendente assenti dal servizio per motivi di salute - visite di controllo dello stato di malattia del lavoratore dipendente-)ed escluderanno la prevenzione sanitaria generale, gli screening, le vaccinazioni raccomandate e le visite di idoneità sportiva a livello agonistico sotto i 18 anni.

Tenuto conto del lavoro di analisi, effettuato dall'IRPET, in ordine alla situazione economica della popolazione toscana.

Verificato che le misure alternative, riportate nell'allegato 1 della presente delibera, risultano, sulla base dei flussi informativi regionali, di cui all'allegato 2 della presente delibera, idonee ad assicurare un effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, rispetto alla misura contenuta nella citata disposizione della legge 296/2006 e sono, altresì, idonee a garantire un uso appropriato delle prestazioni a carico del SSR;

Precisato, inoltre, che le misure alternative predette sono idonee a garantire anche la copertura degli oneri relativi al periodo intercorso tra l'entrata in vigore della Legge di conversione del DL 98/2011 e l'applicazione delle misure alternative, di cui all'allegato A della presente Delibera;

Tenuto conto dell'avvio del confronto con le parti sociali realizzato in data odierna;

Ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione delle misure alternative, di cui all'allegato 1, delle quali si ritiene di avviare, dalla data di approvazione della presente delibera, il percorso di

operatività, fatta salva la possibilità di apportare le eventuali modifiche alle stesse a seguito degli esiti delle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p-bis);

Ritenuto di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai fini della definizione delle procedure di cui all'art. 1, comma 796, della legge n. 296 del 2006, lettera p-bis);

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le misure, di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente delibera, di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p), primo periodo, ai fini della sottoposizione delle stesse alle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 296/2006;
2. di trasmettere, in conformità a quanto previsto nella comunicazione del 4 agosto, citata in premessa, il presente atto al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai fini della definizione delle procedure di cui all'art. 1, comma 796, della legge n. 296 del 2006, lettera p-bis);
3. di dare mandato alle competenti strutture della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, in attesa della definizione dell'Accordo con i Ministeri competenti, di operare gli opportuni interventi nei confronti delle Aziende Sanitarie, al fine di avviare, dalla data di approvazione della presente delibera, il percorso di operatività delle misure predette, fatte salve le eventuali modifiche da apportare alle misure a seguito della procedura, di cui al punto precedente;
4. di riservarsi di recepire tempestivamente le predette modifiche o di rintracciare altre misure equivalenti nella ipotesi di non raggiungimento dell'Accordo;
5. di proseguire i confronti avviati con le parti sociali e le rappresentanze professionali, al fine di assicurare l'applicazione della manovra secondo criteri di equità con le stesse condivisi e nel rispetto delle previsioni della contrattazione collettiva;

6. di continuare la valutazione sulla implementazione degli atti preparatori all'attuazione della manovra valutando criteri ulteriori di equità (sostituzione di ISEE al reddito familiare) e al contempo verificando efficacia di azioni e strumenti rispetto all'entità delle cifre da raggiungere.
7. di dare mandato alle competenti strutture della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di adottare tutti gli atti necessari a dare piena operatività alla presente delibera e di mettere in atto una adeguata comunicazione verso i cittadini toscani;
8. di approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente delibera, contenente le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p), primo periodo;
9. di approvare l'allegato 2, parte integrante e sostanziale della presente delibera, contenente i dati di riferimento per la valutazione dell'impatto degli interventi;
10. di approvare l'allegato 3, parte integrante e sostanziale della presente delibera, contenente le specifiche categorie di esenti per la farmaceutica convenzionata.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 18, comma 2, lett. a) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDEBARRETTA

Il Direttore Generale
BEATRICE SASSI

Allegato 2: dati di riferimento per valutazione impatto interventi di cui all'Allegato 1

Fonte dati:

Reddito Famiglie Toscane: Modello di microsimulazione multiregionale - MicroReg, a cura di M. L. Maitino e N. Sciclone, 5/08 e-book

Irpet

Flussi SPA (schede prestazioni ambulatoriali), SPF (schede prestazioni farmaceutiche), flusso SEA (Anagfare Esenti) – anno 2010

Distribuzione della popolazione residente in Toscana per fasce di reddito familiare

	Fino a 35000	da 35.000 a 70.000	da 70.000 a 80.000	da 80.000 a 90.000	da 90.000 a 100.000	da 100.000 a oltre 100.000	Totale
Reddito familiare media	21.934	49.641	74.518	83.854	94.652	135.987	46.682
Reddito familiare min	0	35.041	70.056	80.006	90.091	100.315	-
Reddito familiare max	34.877	69.931	79.817	89.241	99.791	383.221	383.221
Popolazione	1.582.066	1.434.529	173.378	124.407	85.998	238.869	3.639.248
Esenti per reddito (a)	656.005	44.124	3.709	3.441	2.250	1.153	710.681
Esenti per malattia (b)	335.250	208.010	30.263	20.552	12.156	43.321	649.552
Totali esenti (a+b)	991.255	252.134	33.972	23.992	14.406	44.474	1.360.233
Totali esenti al netto di intersezioni (a and b)	773.730	240.231	32.632	22.516	14.406	43.912	1.127.428
Non esenti	808.336	1.194.298	140.746	101.891	71.592	194.957	2.511.820
Quota esenti	49%	17%	19%	18%	17%	18%	31%

FARMACI EROGATI IN REGIME CONVENZIONALE

Confezioni totali	39.512.267	19.476.265	2.255.500	1.916.036	1.243.833	3.596.100	68.000.000
Confezioni per utenti non esenti	18183650	9298292	881012	112910	323872	1300264	30600000

RICETTE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Ricette totali	8.839.249	5.318.762	703.823	480.393	329.451	954.190	16.625.868
Ricette per prestazioni esenti o non esenti ma con ticket inferiori a 10 euro	7.557.265	3.473.658	481.084	321.793	226.068	642.337	12.702.206
Ricette non esenti per prestazioni con ticket superiori a 10 euro	1.192.239	1.718.667	207.103	147.483	96.223	289.846	3.651.561
RMN per non esenti	67.340	91.599	11.244	7.957	5.095	15.810	199.045
TC per non esenti	22.405	34.838	4.392	3.160	2.065	6.197	73.057

Libera professione Intramoenia

Fonte dati: Flusso SPA – anno 2010

Prestazioni in Attività Libero Professionale Intramoenia	966.216
--	---------

Allegato 3 – Categorie di Esenti per ticket Farmaceutica Convenzionata

Sono esenti dal pagamento del ticket:

- gli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione.; la valutazione è rimessa al medico prescrittore.
- gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
- gli invalidi per servizio
- gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro
- i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992
- le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari
- i ciechi e i sordomuti
- Gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia
- Gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta
- I disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico
- I lavoratori in mobilità e i familiari a carico
- I lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a carico
- I lavoratori in cassa integrazione "in deroga"

Allegato 1: ambiti di intervento e impatto economico su base annua (stima effettuata sui dati 2010)

Ambito	Azione	Impatto economico
Farmaceutica Convenzionata	Introduzione ticket per confezione, differenziato per fasce di reddito e fatte salve le categorie di esenti individuate in allegato 3*	<ul style="list-style-type: none"> ● 0 - € 36.151,98 : confezioni 39,5 milioni per € 0 ● € 36.151,99 – 70.000: confezioni 19,5 milioni per € 1 fino ad un massimo di € 2 per ricetta ● € 70.001 – 100.000: confezioni 5,4 milioni per € 2 fino ad un massimo di € 4 per ricetta ● > € 100.001: confezioni 3,6 milioni per € 3 fino ad un massimo di € 6 per ricetta <p>Totale € 16,8 milioni</p>
Specialistica ambulatoriale 1	Adeguamento nomenclatore tariffario	Totale € 8 milioni
Specialistica ambulatoriale 2	Introduzione ticket aggiuntivo per ricetta con valore >€10 (escluso TC e RMN), differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	<ul style="list-style-type: none"> ● 0 - € 36.151,98 : ricette 1,2 milioni ● € 36.151,99 – 70.000: ricette 1,7 milioni * € 5 = € 8,5 milioni ● € 70.001 – 100.000: ricette 450 mila * € 10 = € 4,5 milioni ● > €100.001: ricette 290 mila* € 15 = € 4,3 milioni <p>Totale € 17,4 milioni</p>
Specialistica ambulatoriale 3	Introduzione ticket aggiuntivo per prestazione TC e RMN, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	<ul style="list-style-type: none"> ● 0 - € 36.151,98 : € 0 ● € 36.151,99 – 70.000: prestazioni 126.437 per € 10 ● € 70.001 – 100.000: prestazioni 33.913 per € 24 ● > €100.001 :prestazioni 21.997 per € 34 <p>Totale € 2,8 milioni</p>
Libera Professione	Introduzione contributo aggiuntivo fisso su prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Libera Professione Intramoenia	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestazioni 950.000 per € 10 per tariffe <€ 100, € 15 tra € 100 e € 200, € 30 > € 200 <p>Totale € 17 milioni</p>
Prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione	Adeguamento Tariffario Regionale di cui DGRT (616/2008) – con le specifiche di cui alla delibera	Totale € 3,5 milioni

*1) Le quote di compartecipazione alla spesa farmaceutica di cui al presente allegato si sommano alle eventuali quote dovute dall'assistito in applicazione dell'art.7 della L. 405/2001 e s.m.i..

2) Laddove la compartecipazione superasse il costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare una quota di partecipazione pari al prezzo del farmaco

TABELLA RIEPILOGATIVA MANOVRA

<i>Libera Professione</i>	17 milioni
<i>Farmaceutica</i>	16,8 milioni
<i>Specialistica ticket per reddito</i>	17,4 milioni
<i>Specialistica per RMN e TC</i>	2,8 milioni
<i>Specialistica Adeguamento Nomenclatore tariffario</i>	8 milioni
<i>Adeguamento tariffe prevenzione</i>	3,5 milioni
Totale	65,5 milioni