



TABELLA RIEPILOGATIVA QUOTE DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI PRONTO SOCCORSO (Decreto Legge n.98/2011 convertito con modificazioni dalla Legge n.111/2011)

	Prestazione	Soggetti esclusi dalla quota fissa e/o dal ticket	Quota fissa per ricetta	Quota fissa per accesso Pronto Soccorso	Ticket (importo massimo)	note
Accessi al Pronto Soccorso	Assistiti che richiedono prestazioni sanitarie che non sottendono alcuna urgenza e per le quali sono di norma previsti percorsi alternativi (medico di base, ambulatori distrettuali o ospedalieri, continuità assistenziale - guardia medica) CODICE BIANCO (assegnato all'atto della dimissione)		€ 10,00	€ 25,00	€ 36,15	(1) In caso di erogazione di prestazioni specialistiche in accesso al PS con Codice Bianco, lo specialista di Pronto Soccorso dovrà ai sensi del R.R. n.17/2003 predisporre la ricetta specialistica (2) L'importo totale da versare a cura del paziente è calcolato secondo le ordinarie norme sulla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) fino alla concorrenza di € 36,15 per ciascun gruppo di 8 prestazioni specialistiche della stessa branca oltre la quota fissa di € 10,00 (3) I minori dai 6 ai 14 anni pagano il ticket sulla prestazioni specialistiche ambulatoriali (qualora non esenti per altra causa)
		Assistiti con età inferiore ai 14 anni	€ -	€ -	€ 36,15	
		Assistiti che afferiscono per traumatismi ed avvelenamenti acuti	€ -	€ -	€ -	
		Assistiti esenti ticket per patologia, disoccupati, invalidità, ecc..	€ -	€ -	€ -	
	Accessi al pronto soccorso seguiti da ricovero		€ -	€ -	€ -	
	Accesso al pronto soccorso non seguiti da ricovero per rifiuto dell'assistito		€ -	€ -	€ -	
Accessi in situazione di emergenza: situazione di pericolo di vita per il paziente ovvero situazione che richiede un indifferibile ed immediato intervento terapeutico ovvero ricorso a mezzi speciali di trattamento		€ -	€ -	€ -		
	Accessi in situazione di urgenza: situazione critica per il paziente dovuta a patologie che compromettono o possono compromettere in tempi brevi le funzioni vitali o le funzioni di un singolo organo; situazione che richiede un intervento medico-chirurgico non erogabile in altri setting assistenziali (es. punti di sutura)		€ -	€ -	€ -	
Prestazioni specialistiche	Assistiti che richiedono l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali anche in accesso diretto alle strutture		€ 10,00		€ 36,15	(1) L'importo totale da versare a cura del paziente è calcolato secondo le ordinarie norme sulla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) fino alla concorrenza di € 36,15 per ciascun gruppo di 8 prestazioni specialistiche della stessa branca
	esenti ticket per patologia, disoccupati, invalidità, ecc..	€ -		€ -		
Note	<p>La valutazione delle condizioni di urgenza/emergenza o di non urgenza (codice bianco) è effettuata in sede di accettazione del paziente dall'operatore professionale che effettua il triage (con assegnazione dei codici cromatici) con l'esclusivo scopo di stabilire le priorità di accesso e trattamento presso il P.S.</p> <p>La valutazione delle condizioni di urgenza/emergenza o di non urgenza (codice bianco) va, invece, dichiarata dal medico di pronto soccorso al termine della valutazione clinica all'atto della dimissione, nel referto di Pronto Soccorso</p> <p>Note: Sia la compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) pari al massimo ad 36,15 Euro sia la quota fissa di € 10,00 per ciascuna ricetta sono dovute nel caso di prestazioni erogate senza prescrizione (Accesso Diretto e Pronto Soccorso), per ciascun gruppo di massimo 8 prestazioni appartenenti alla stessa branca.</p> <p>L'importo di 10,00 Euro è fisso ed indipendente rispetto al tipo di erogatore (gestione diretta ASL, AO, IRCCS pubblici e privati, EE, Privati Accreditati).</p> <p>L'importo della quota fissa deve essere tenuto debitamente separato rispetto all'importo della compartecipazione alla spesa (ticket), restando invariato il calcolo del valore netto di ciascuna ricetta.</p> <p>Qualora l'erogatore sia un Ente Ecclesiastico, IRCCS privato o Struttura Privata Accreditata, gli importi riscossi per quota fissa devono essere portati in diminuzione di quanto spettante per ciascuna mensilità; nel caso in cui gli importi della quota fissa superino le somme spettanti, l'erogatore dovrà versare la parte eccedente alla ASL di competenza territoriale.</p> <p>L'introduzione della quota fissa non altera in alcun modo i criteri esistenti per le ordinarie procedure di compensazione della mobilità, nel senso che l'importo da addebitare per questi casi è pari all'importo lordo detratto del ticket, senza tenere in considerazione la quota fissa.</p>					