Bur n. 96 del 20/12/2011

(Codice interno: 236104)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1868 del 15 novembre 2011

Criteri per la attribuzione del "codice bianco" alla dimissione dal Pronto Soccorso e conseguente applicazione dell'art. 17, comma 6, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Si propone l'adozione di criteri uniformi per l'attribuzione del codice bianco alla dimissione dal Pronto Soccorso dalla quale consegue il pagamento della quota fissa e della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito non esente.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296 recante le "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (cosiddetta legge finanziaria 2007), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 27 dicembre 2006, n. 299, S.O., all'art. 1 comma 796, lett. p), ha stabilito che "Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati".

Il D.L. 25 giugno 2008, n. 112, recante "Disposizione urgenti per lo sviluppo economico, al semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 25 giugno 2008, n. 147, S.O., all'art. 61, comma 19, ha previsto che "*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. Resta fermo quanto previsto dal comma 21 del presente articolo*".

Ad innovare la materia è intervenuto il D.L. 6 luglio 2011, n. 98 avente ad oggetto "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni nella L. 15 luglio 2011 n. 111 (cosiddetta manovra finanziaria), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 163 del 16 luglio 2011, il quale ha previsto, ex art.17 comma 6, che "*A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133*".

Con le deliberazioni della Giunta Regionale n. 1100 del 26 luglio 2011 e n. 1380 del 5 agosto 2011 è stata poi disciplinata l'applicazione del dettato normativo nazionale relativamente alla corresponsione della quota fissa per le ricette di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Relativamente alla quota fissa per i cosiddetti "codici bianchi", hanno continuato a trovare applicazione le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo le modalità regionali già individuate in passato.

In particolare, nell'intento di disciplinare l'assistenza sanitaria erogata dalle strutture di Pronto Soccorso, già con nota dell'Assessore alla Sanità prot. n. 1740/20253 del 4 marzo 1996, l'Amministrazione regionale aveva dettato indirizzi di massima in ordine alle prestazioni erogate dalle strutture di Pronto Soccorso, effettuando una distinzione tra le prestazioni proprie di Pronto Soccorso, e cioè quelle cui segue il ricovero o comunque indifferibili ed urgenti, e le prestazioni che, pur erogate in contesto di Pronto Soccorso, presentano sostanzialmente le caratteristiche della differibilità o comunque della urgenza relativa.

Attualmente il flusso informativo regionale relativo all'assistenza erogata presso i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione/Pronto Soccorso prevede che il medico del Pronto Soccorso all'atto della chiusura dell'accesso formuli un "giudizio di appropriatezza" espresso con i "codici colore"; gli accessi classificati come "codice bianco" sono assoggettati al

pagamento della quota fissa per l'accesso e della quota di compartecipazione alla spesa (ticket) sulle prestazioni erogate.

Essendo la valutazione sulla indifferibilità ed urgenza di ciascuna richiesta di intervento affidata al medico del Pronto Soccorso, l'attuazione di tale indirizzo interpretativo è spesso avvenuta in maniera diversificata all'interno delle singole Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate. A tutt'oggi, infatti, le Aziende lamentano la persistenza di alcune difficoltà operative quali la mancanza di criteri clinici condivisi ed uniformi a cui tutti i medici che operano nelle strutture di Pronto Soccorso debbano attenersi per il giudizio sull'urgenza e l'indifferibilità del singolo caso. La definizione di tali criteri eviterebbe comportamenti difformi per medesime patologie e consentirebbe, a conclusione dell'iter diagnostico, una valutazione oggettiva circa l'appropriatezza o meno dei singoli accessi con il conseguente eventuale addebito al paziente.

Nell'intento di dare, pertanto, congrua ed omogenea soluzione alle problematiche applicative sopra descritte, si ritiene necessario dettare alcuni indirizzi operativi alle strutture di Pronto Soccorso relativamente alla definizione dei cosiddetti "codici bianchi". In particolare, appare necessario individuare come "codici bianchi alla dimissione", e quindi soggetti al pagamento sia della quota fissa sia della quota di compartecipazione alla spesa, gli accessi al Pronto Soccorso che sono sostanzialmente rapportabili alle prestazioni specialistiche fruite in regime ambulatoriale. Ciò in quanto, per tali prestazioni, la normativa prevede l'assoggettamento alla compartecipazione medesima, fermo restando l'applicazione delle disposizioni relative all'esenzione.

Tali indirizzi possono contribuire, tra l'altro, a restituire al Pronto Soccorso la propria funzione istituzionale di struttura di urgenza ed emergenza, promuovendo il ricorso appropriato ai diversi regimi di erogazione dell'assistenza sanitaria, consentendo la razionalizzazione dell'uso delle risorse del sistema sanitario regionale al fine di garantire il più efficace ed efficiente utilizzo delle stesse.

Il Responsabile del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza, con il contributo dei Direttori delle Unità Operative di Pronto Soccorso della Regione, ha elaborato, sulla base di tali presupposti, un documento tecnico con il quale vengono identificati, secondo criteri uniformi e facilmente applicabili, le condizioni cliniche che consentono l'attribuzione del "codice bianco alla dimissione" dal Pronto Soccorso e la conseguente l'applicazione delle disposizioni relative al pagamento, da parte dell'assistito, della quota fissa e della quota di compartecipazione alla spesa.

Alla luce di quanto finora esposto, si propone di approvare il documento "Criteri per la definizione del Codice Bianco alla dimissione dal Pronto Soccorso" di cui all'**Allegato A** quale parte integrante del presente atto.

Occorre, inoltre, sottolineare che tutti i pazienti, a cui viene attribuito al triage il codice rosso o il codice giallo, presentano segni e sintomi che possono far ipotizzare, al paziente medesimo ed al personale sanitario addetto al triage, un concreto rischio per la sopravvivenza, in presenza del quale il paziente deve rapidamente accedere al Pronto Soccorso senza indugio. In un'ottica di protezione della salute, anche se a posteriori i segni e i sintomi non risultassero correlati a situazioni di rischio, non appare corretto attribuire a tali pazienti il "codice bianco alla dimissione", e quindi assoggettarli alla normativa relativa alla partecipazione alla spesa; ciò al fine di evitare che tale comportamento possa configurarsi come un freno all'accesso in Pronto Soccorso anche per i casi realmente a rischio.

Gli accessi classificati al triage come codice verde e bianco identificano in entrambi i casi condizioni cliniche del paziente che non configurano un pericolo di vita in atto, differenziate in base alla presenza (codice verde) o all'assenza (codice bianco) di uno stato soggettivo di sofferenza. Per entrambe queste condizioni è necessario distinguere le prestazioni che hanno caratteristiche riconducibili a quelle di una mera prestazione ambulatoriale, e come tali assoggettabili alla compartecipazione alla spesa, da quelle che richiedono prestazioni tipicamente ospedaliere erogate dal Pronto Soccorso. In questi casi, poiché l'assoggettamento o meno della prestazione alla partecipazione alla spesa sanitaria non può che essere effettuata solamente a posteriori - e cioè a conclusione dell'iter diagnostico/terapeutico intrapreso a seguito dell'accesso - è necessario procedere ad una corretta e preventiva informazione sulla eventualità di dover provvedere al pagamento delle prestazioni nei casi indicati.

Infine, si dà atto che quanto disposto con il presente atto non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO l'art.17, comma 6, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98 avente ad oggetto "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni nella L. 15 luglio 2011 n. 111;

VISTA la DGR n. 1100 del 26 luglio 2011

VISTA la DGR n. 1380 del 5 agosto 2011

delibera

1. di approvare il documento "Criteri per la definizione del Codice Bianco alla dimissione dal Pronto Soccorso", di cui all'**Allegato A** che ne costituisce parte integrante;
2. di stabilire che le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 si applichino agli accessi identificati come "codice bianco" secondo i criteri stabiliti dal documento di cui al punto 1.;
3. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.