



**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 diagnostico 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/2011/11/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	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
<b>Farmaceutica Convenzionata</b>	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"> <li>• 0 - € 36.151,98 : confezioni 39,5 milioni per € 0</li> <li>• € 36.151,99 - 70.000: confezioni 19,5 milioni per € 1 fino ad un massimo di € 2 per ricetta</li> <li>• € 70.001 - 100.000: confezioni 5,4 milioni per € 2 fino ad un massimo di € 4 per ricetta</li> <li>• &gt; € 100.001: confezioni 3,6 milioni per € 3 fino ad un massimo di € 6 per ricetta</li> </ul> <p><b>Totale € 16,8 milioni</b></p>
<b>Specialistica ambulatoriale 1</b>	Adeguamento nomenclatore tariffario	<b>Totale € 8 milioni</b>
<b>Specialistica ambulatoriale 2</b>	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"> <li>• 0 - € 36.151,98 : ricette 1,2 milioni</li> <li>• € 36.151,99 - 70.000: ricette 1,7 milioni * € 5 = € 8,5 milioni</li> <li>• € 70.001 - 100.000: ricette 450 mila * € 10 = € 4,5 milioni</li> <li>• &gt; € 100.001: ricette 290 mila * € 15 = € 4,3 milioni</li> </ul> <p><b>Totale € 17,4 milioni</b></p>
<b>Specialistica ambulatoriale 3</b>	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"> <li>• 0 - € 36.151,98 : € 0</li> <li>• € 36.151,99 - 70.000: prestazioni 126.437 per € 10</li> <li>• € 70.001 - 100.000: prestazioni 33.913 per € 24</li> <li>• &gt; € 100.001 :prestazioni 21.997 per € 34</li> </ul> <p><b>Totale € 2,8 milioni</b></p>
<b>Libera Professione</b>	Introduzione contributo aggiuntivo fisso su prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Libera Professione Intramoenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni 950.000 per € 10 per tariffe &lt;€ 100, € 15 tra € 100 e € 200, € 30 &gt; € 200</li> </ul> <p><b>Totale € 17 milioni</b></p>
<b>Prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione</b>	Adeguamento Tariffario Regionale di cui DGRT (616/2008) - con le specifiche di cui alla delibera	<b>Totale € 3,5 milioni</b>

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 722/2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO AI FINI DELLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

(artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000)

Azienda Sanitaria .....

DATI DEL SOGGETTO DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a.....  
nato il.....a.....( )  
residente a.....( )  
in via/piazza .....n.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica n 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso Decreto, nonché della revoca del beneficio qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese,

DICHIARA

che il **beneficiario della prestazione** (riportare i dati del beneficiario solo se diverso dal dichiarante)

Cognome.....Nome.....  
nato il.....a.....(.....)  
residente a .....via.....n.....

si trova in una delle seguenti condizioni :

Cittadino appartenente ad un nucleo familiare con Reddito Annuo Familiare Fiscale*
<input type="checkbox"/> inferiore a € 36.151,98
<input type="checkbox"/> tra € 36.151,98 e € 70.000
<input type="checkbox"/> tra € 70.001 e € 100.000
<input type="checkbox"/> > € 100.000

**Luogo e data**

**Firma**

Note

\* Per "reddito annuo familiare fiscale" si intende il reddito complessivo lordo pari alla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo familiare al lordo degli oneri deducibili (abitazione principale, detrazioni fiscali da lavoro e di quelle per carichi di famiglia). Ai fini della compartecipazione, è necessario prendere in considerazione, il reddito riferito all'anno precedente.

Per nucleo familiare rilevante a fini fiscali si intende quello costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari a carico.

La situazione di reddito autocertificata sarà accertata con i dati disponibili dell'Agenzia delle Entrate.

L'eventuale evasione del ticket su dichiarazione non vera comporta il recupero degli importi non pagati per le prestazioni erogate e la trasmissione degli atti all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle sanzioni previste.

**Informativa ai sensi dell'art 13 del DLgs n 196/2003.**

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto della suddetta legge. In particolare i suddetti dati sono necessari per la definizione della misura di compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini. La mancata compilazione comporta l'applicazione della quota aggiuntiva massimale.

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria : .....  
Il responsabile del trattamento è ..... dipendente della stessa azienda sanitaria e si avvarrà di incaricati designati formalmente che operano sotto l'autorità dello stesso responsabile. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del DLGS 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati, chiedendo la correzione, l'integrazione e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

**DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 722/2011**

**FASCIA REDDITO DA ATTESTAZIONE ISEE**

**Il/la sottoscritto/a**.....  
nato il.....a .....()  
residente a.....()  
in via/piazza .....n.....

**PRESENTA**

**un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione economica Equivalente) che lo colloca il beneficiario della prestazione nella seguente fascia:**

<input type="checkbox"/> inferiore a € 36.151,98
<input type="checkbox"/> tra € 36.151,98 e € 70.000
<input type="checkbox"/> tra € 70.001 e € 100.000
<input type="checkbox"/> > € 100.000

**Luogo e data**

**Firma**

.....

.....

## Modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria

Il ticket aggiuntivo è proporzionato:

- a) al **reddito familiare fiscale**, come risultante nella dichiarazione dei redditi. Esso è costituito dal cumulo dei redditi del dichiarante, del coniuge e dei familiari a carico. Il reddito, autocertificato dal cittadino, sarà oggetto di accertamento. L'eventuale evasione del ticket su dichiarazione non vera comporta il recupero degli importi non pagati per le prestazioni erogate e la trasmissione degli atti all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle sanzioni previste

o in alternativa

- b) all'**indicatore ISEE** se posseduto.

L'attestazione dovrà essere esibita.

Durante questa prima fase di applicazione i due parametri (il reddito autocertificato o l'attestazione ISEE) sono alternativi e rapportati alle medesime fasce economiche sotto indicate.

- 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"
- 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.

**NB: l'esenzione per patologia dovrà essere certificata dal medico prescrittore. In caso di assenza di tale indicazione, il ticket sarà dovuto in relazione alla fascia economica di appartenenza.**

### SPECIALISTICA AMBULATORIALE:

#### TICKET AGGIUNTIVO SU RICETTE

Sono esclusi dal pagamento del ticket aggiuntivo:

- gli assistiti con reddito familiare fiscale inferiore a € 36.151,98
- le ricette relative a prestazioni specialistiche di importo complessivo non superiore a € 10
- gli assistiti già esenti per le prestazioni specialistiche

**ticket aggiuntivo per ricette di :**

tutte le prestazioni escluso RMN e TAC	RMN e TAC	Fasce economiche: autocertificazione o attestazione ISEE
€ 5	€ 10	€ 36.151,98 – € 70.000
€ 10	€ 24	€ 70.001 – € 100.000
€ 15	€ 34	oltre € 100.000

### ASSISTENZA FARMACEUTICA: TICKET SUI FARMACI IN CONVENZIONE

Sono esenti dal pagamento del ticket sui farmaci

- gli assistiti con reddito familiare fiscale inferiore a € 36.151,98
- 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

Quota per confezione	Fasce economiche: autocertificazione o attestazione ISEE
€ 1 fino ad un massimo di € 2 per ricetta	€ 36.151,98 – € 70.000
€ 2 fino ad un massimo di € 4 per ricetta	€ 70.001 – € 100.000
€ 3 fino ad un massimo di € 6 per ricetta	oltre € 100.000