REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

IX Legislatura

PUNTO 27 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 12/08/2014

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1513 / DGR del 12/08/2014

OGGETTO:

Indirizzi operativi per la gestione e il monitoraggio dell'attività di pronto soccorso. Criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Marino Zorzato	Presente
Assessori	Roberto Ciambetti	Presente
	Luca Coletto	Presente
	Maurizio Conte	Assente
	Marialuisa Coppola	Presente
	Elena Donazzan	Assente
	Marino Finozzi	Assente
	Massimo Giorgetti	Presente
	Franco Manzato	Assente
	Daniele Stival	Presente
Segretario F.F. verbalizzante	Stefania Zattarin	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso

NOTA PER LA TRASPARENZA:
Vengono forniti gli indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività svolta all'interno dei Pronto Soccorso e vengono definiti i criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con la deliberazione n. 74 del 4 febbraio 2014 la Giunta Regionale ha approvato le "Linee Guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali per la gestione delle attese in Pronto Soccorso", relative al comfort ed ai servizi delle sale d'attesa, alle informazioni da rendere disponibili all'utenza, anche tramite la figura dell'assistente di sala, alle modalità di accoglienza e gestione dei pazienti e degli accompagnatori. La delibera, inoltre, identifica alcune iniziative di miglioramento del flusso dei pazienti, finalizzate a ridurre i tempi di attesa, quali l'accesso diretto alla prestazione, senza transito per il Pronto Soccorso, per i pazienti che si presentano con una prescrizione in classe U ed il consolidamento delle procedure di *fast-track*, che prevedono l'invio diretto dal triage allo specialista dei pazienti con quadri clinici di chiara competenza monospecialistica.

Al fine di intraprendere ulteriori iniziative di riduzione dei tempi di attesa, considerato anche il fatto che il Pronto Soccorso continua ad essere gravato da una considerevole quantità di accessi che non presentano requisiti di emergenza-urgenza tali da richiedere interventi ospedalieri e che nel contempo sta trovando attuazione sul territorio regionale il nuovo assetto delle cure primarie, di cui alla deliberazione n. 1666 del 18/10/2011, si ritiene opportuno formulare alle Aziende sanitarie precisi obiettivi in materia di tempi di riferimento per la gestione dei pazienti, da raggiungere anche attraverso il coinvolgimento in tempo reale del Medico di Medicina Generale per la gestione delle urgenze differibili e per il completamento degli accertamenti nei casi in cui in Pronto Soccorso sia stata esclusa la presenza di patologie tali da richiedere un immediato trattamento ospedaliero o comunque evolutive a breve.

Si ritiene inoltre opportuno, al fine di disporre di strumenti adeguati all'analisi dell'attività di Pronto Soccorso, in una logica di miglioramento continuo delle prestazioni, identificare un set di indicatori di attività e di performance, modificando conseguentemente il flusso di dati APS relativo agli accessi, in particolare adottando una cadenza di trasmissione mensile in luogo di quella trimestrale attuale, dando altresì mandato al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) di produrre mensilmente un report sull'andamento degli indicatori stabiliti.

Inoltre, con la deliberazione n. 1868 del 15 novembre 2011 la Giunta Regionale ha identificato i criteri per la definizione degli accessi al Pronto Soccorso classificati come codice bianco alla dimissione, ai quali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di quota d'accesso e compartecipazione alla spesa sulle prestazioni erogate. A questo proposito, alla luce dell'esperienza derivante dall'applicazione della norma e dei quesiti pervenuti dalle Aziende sanitarie, appare opportuno introdurre alcune modifiche, in particolare esentando dal pagamento gli accessi relativi alle vittime di eventi riconducibili ai reati connessi alla violenza sessuale e domestica, nonché quelli relativi a complicanze di interventi chirurgici, avvenuti entro trenta giorni dall'intervento stesso.

I nuovi criteri proposti tengono, inoltre, conto di quanto stabilito con la deliberazione n. 393 del 25 marzo 2013 in materia di esenzione dal pagamento della quota d'accesso e della compartecipazione alla spesa per gli accessi conseguenti agli infortuni sul lavoro di soggetti appartenenti alle Forze di Polizia ad ordinamento

civile e militare, Arma dei Carabinieri, Forze Armate e Vigili del Fuoco, che non godono di copertura assicurativa INAIL.

Premesso quanto sopra, si propone di approvare le disposizioni operative per l'attività di Pronto Soccorso, di cui all'**Allegato A** parte integrante della presente deliberazione, che definiscono in dettaglio:

- le modalità di gestione degli accessi al Pronto Soccorso secondo il codice di triage
- la gestione operativa e la finalità delle prestazioni di Pronto Soccorso
- gli interventi di adeguamento della gestione dei pazienti da attuarsi a livello aziendale al fine di raggiungere gli obiettivi di riferimento per i tempi d'attesa e di trattamento
- gli indicatori di attività e di performance del Pronto Soccorso
- i criteri per l'attribuzione del codice di appropriatezza dell'accesso al termine dello stesso
- i criteri aggiornati per l'attribuzione del codice bianco alla dimissione

I criteri aggiornati per l'attribuzione del codice bianco alla dimissione, di cui al punto 6 dell'**Allegato A** del presente atto, si intendono sostitutivi di quelli approvati con l'Allegato A alla DGR n. 1868/2011.

Si dà atto che quanto disposto con il presente atto non comporta spesa 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, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTA La Legge 27 dicembre 2006, n. 296;

VISTO il Decreto 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza";

VISTO il Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163;

VISTO il Decreto Legislativo 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni nella Legge 15 luglio 2011, n.111;

VISTE le deliberazioni n. 1934 del 22/11/2011, n. 600 del 13/3/2007, n. 1868 del 15/11/2011, n. 393 del 25/3/2013, n. 953 del 18/6/2012 e n. 74 del 4/2/2014;

VISTO l'art. 2, comma 2, lettera o) della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni operative per l'attività di Pronto Soccorso di cui all'**Allegato A**, parte integrante della presente deliberazione;

2. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;

3. il Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricato dell'esecuzione del presente atto;

4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;

5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

p. IL SEGRETARIO
~~F.to~~ Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA F.F.
Ai sensi della Dgr n. 151/2011
F.to dott.ssa Stefania Zattarin

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Copia conforme all'originale
conservato agli atti ad uso amministrativo
Venezia, 25 AGO. 2014
p. Il Segretario
Maria Clara Martignon

DISPOSIZIONI OPERATIVE PER L'ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

1. Attribuzione del codice di triage

1.1 Il Triage di Pronto Soccorso è una funzione infermieristica finalizzata ad una adeguata e appropriata allocazione nel setting assistenziale (logistico e sanitario) dei pazienti nella fase di accesso; tale funzione deve essere sottoposta a controllo medico da parte del Direttore dell'U.O. prospettivo (definizione preliminare dei protocolli operativi, addestramento e certificazione degli operatori dedicati) e retrospettivo (verifica sistematica della qualità).
Pur essendo tale funzione svolta in autonomia dall'infermiere, i protocolli di triage devono prevedere la possibilità che questi possa essere supportato da un medico di guardia in caso di necessità derivanti da situazioni particolari non previste dai protocolli stessi.

La funzione del triage comprende:

Triage d'Accesso
processo di valutazione finalizzato all'identificazione
- del Problema sanitario principale del paziente
- di eventuali condizioni di fragilità
- del livello di urgenza sanitaria espresso poi nel Codice Colore

Risposta operativa:
processo decisionale basato sul Codice Colore e Problema Principale, inerente:
- Tempi e modalità di attesa
- Area di accesso interna al Pronto Soccorso
- Avvio a strutture esterne al Pronto Soccorso

1.2 Codice Rosso – Patologia acuta con alterazione delle funzioni vitali
Il paziente deve accedere immediatamente ad una idonea area di trattamento. I pazienti trasportati in ambulanza non transitano per il triage, quelli che accedono autonomamente al triage vengono immediatamente fatti accedere all'area di trattamento.

1.3 Codice Giallo – Patologia acuta con rischio di una alterazione delle funzioni vitali a breve
Il paziente deve accedere all'area di trattamento appena possibile; l'obiettivo di riferimento è l'accesso del paziente all'area di trattamento entro 20 minuti al 90° percentile del totale degli accessi per tale codice colore. L'attesa deve avvenire in un'area adeguatamente sorvegliata e protetta.

1.4 Codice Verde – Problema sanitario minore, con stato di sofferenza
Il paziente deve accedere all'area di trattamento dopo i codici rossi e gialli.

1.5 Codice Bianco – Problema sanitario minore, senza stato di sofferenza
Il paziente deve accedere all'area di trattamento dopo i codici rossi e gialli.

L'obiettivo di riferimento per i codici verdi e bianchi è l'accesso del paziente all'area di trattamento entro un'ora al 90° percentile del totale degli accessi per tali codici colore.

2. Gestione operativa, finalità e tempistica delle prestazioni di Pronto Soccorso

2.1 Codice Rosso

Il paziente deve essere immediatamente sottoposto a trattamenti di supporto delle funzioni vitali ed alle necessarie procedure diagnostiche. Nei casi in cui i protocolli operativi prevedono il coinvolgimento di altri specialisti gli stessi devono essere immediatamente allertati.

2.2 Codice Giallo

Il paziente deve essere tempestivamente avviato alla gestione infermieristica post triage finalizzata a fornire l'assistenza di base richiesta e ad integrare la valutazione iniziale stratificando il livello di rischio, inviando immediatamente al trattamento medico i pazienti a rischio elevato e attivando il monitoraggio e la sorveglianza per i pazienti a rischio basso.

2.3 Codice Verde

Deve essere previsto un precoce trattamento sintomatico precodificato da parte del personale infermieristico, sulla base dei protocolli operativi presenti in Pronto Soccorso.

2.4 Codice Bianco

La prestazione di Pronto Soccorso è finalizzata all'esclusione della presenza di patologie evolutive a breve o che richiedano trattamenti terapeutici immediati, escluse le quali il completamento dell'iter clinico può essere demandato al Medico di Medicina Generale. In questo gruppo sono compresi i pazienti per i quali è indicato attivare percorsi brevi, individuati al momento del triage, per l'accesso alla diagnostica ed agli accertamenti specialistici, nonché i pazienti che necessitano di prestazioni sanitarie non mediche che possono essere erogate dal personale infermieristico.

2.5 Durata dell'accesso

L'obiettivo di riferimento prevede che per il 90° percentile degli accessi entro **4 ore** dal momento di presentazione al triage per i pazienti in codice verde e bianco venga assunta la decisione di:

- procedere al ricovero
- attivare la procedura di osservazione in Pronto Soccorso
- trasferire il caso al Medico di Medicina Generale
- rinviare a domicilio

3. Interventi di adeguamento

Al fine del raggiungimento degli obiettivi di riferimento per i tempi di accesso e di trattamento, le Aziende sanitarie adottano i provvedimenti di seguito illustrati.

3.1 Rapporto con i Medici di Medicina Generale

Il Pronto Soccorso deve conoscere l'organizzazione del territorio. Al triage deve essere disponibile il dettaglio dell'offerta territoriale presente nel territorio (medici di medicina generale, AFT, forme associative, orari di apertura, recapiti).
Le procedure aziendali devono comprendere le modalità di trasferimento in tempo reale dell'assistenza del paziente al Medico di Medicina Generale, per la presa in carico da parte di quest'ultimo, rendendogli disponibili, tramite il sistema informatico, il verbale di Pronto Soccorso e gli esiti di tutti gli accertamenti effettuati durante l'accesso.

3.2 Percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale

Devono essere presenti percorsi di accesso diretto del paziente alle prestazioni urgenti richieste dal Medico di Medicina Generale, secondo quanto previsto dal punto 6.2.1 dell'Allegato A alla DGR n. 74/2014.
Ai Medici di Medicina Generale devono essere note l'organizzazione dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali e la modalità e la tempistica di accesso alle prestazioni urgenti da parte degli stessi.
L'Azienda Sanitaria deve predisporre, con la condivisione dei Medici di Medicina Generale, dei Percorsi Brevi per la gestione dei pazienti con esigenze sanitarie prioritarie (urgenze differibili), che identifichino quali quadri clinici possono essere gestiti e con quali modalità dal Medici stessi, senza transito per il Pronto Soccorso. A titolo esemplificativo, i Percorsi Brevi possono riguardare prestazioni Radiologiche, ORL, Oculistiche, Ginecologiche, Urologiche, Ortopediche, Neurologiche, Pediatriche, di Chirurgia ambulatoriale.

3.3 Percorsi rapidi interni

Devono essere attivati i percorsi di accesso rapido dal Triage alle procedure diagnostiche ed agli accertamenti specialistici, secondo quanto previsto dal punto 6.3.4 dell'Allegato A alla DGR n. 74/2014. Devono essere previsti anche protocolli che individuano le azioni sanitarie e non mediche da porre in essere in autonomia da parte dell'infermiere, anche in spazi appositamente dedicati.

3.4 Consulenze

Le consulenze richieste dal Pronto Soccorso devono essere espletate dallo specialista entro 30 minuti al 90simo percentile.
Qualora le richieste giornaliere di consulenze di una o più branche specialistiche siano costanti e numerose, vanno previste la presenza dello specialista in Pronto Soccorso nelle fasce orarie di maggior frequenza e se necessaria la pronta dispobilità.
Ove necessario e possibile vanno attivate procedure di tele refertazione/teleconsulenza.

3.5 Indicatori di performance

Sulla base del successivo paragrafo 4 deve essere attivato un sistema di rilevamento degli indicatori al fine di consentire il benchmark interno ed esterno.
Il flusso dati APS - EMUR degli accessi di Pronto Soccorso deve essere trasmesso alla Regione con cadenza mensile.
La Sezione Controlli e Governo dell'Area Sanità, in accordo con il CREU, procede alla revisione della struttura del flusso dati APS – EMUR al fine di consentire la raccolta di tutte le informazioni necessarie per la rilevazione degli indicatori. Le Aziende Sanitarie provvedono alla modifica dell'applicativo gestionale in uso al Pronto Soccorso al fine di rilevare in tempo reale tutti i dati necessari per la predisposizione del flusso.

Il CREU, in collaborazione con il SER – Servizio Epidemiologico Regionale, provvede ad attivare un osservatorio regionale per analizzare con continuità i dati pervenuti e ad elaborare un resoconto mensile dell'attività del Pronto Soccorso.

4. Interventi a livello regionale

4.1 Definizione dello standard per la definizione degli organici

Con decreto del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria è istituita una commissione tecnica, composta da rappresentanti della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, della Sezione Personale Servizio Sanitario Regionale, del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza, delle Direzioni Sanitarie e delle UU.OO. di Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie della Regione, con il compito di predisporre una proposta di standard di riferimento per la determinazioni degli organici dei Servizi di Pronto Soccorso, che tengano conto delle macroattività del PS (triage, ambulatori, OBI, attività SUEM, trasporti secondari), dei volumi di attività e degli obiettivi di riferimento di cui al presente documento.

4.2 Accordo Stato-Regioni 36/CSR del 7/2/2013

In applicazione delle Linee di Indirizzo della Conferenza Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, il CREU provvede ad elaborare con il contributo dei Direttori delle UU.OO. di Pronto Soccorso degli ospedali della Regione i criteri per la definizione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, la cui gestione può essere demandata alla rete delle Cure Primarie, predisponendo un documento da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

5. Indicatori per la valutazione dell'attività e della performance del Pronto Soccorso

- numero accessi di residenti per 1000 abitanti per fasce d'età
- numero accessi per:
  - codice triage
  - modalità di presentazione (spontanea, inviata dal MMG, dal medico di CA, da strutture territoriali)
  - codice di appropriatezza
  - età e sesso
  - sintomo principale
- percentuale di accessi per ciascun codice esitati in:
  - ricovero
  - OBI (per fasce d'età)
  - ricovero da OBI
  - trasferimento al MMG
  - abbandono prima di accedere all'area di trattamento
  - abbandono durante il trattamento
  - presi in carico con fast-track
  - relativi a prestazioni non mediche gestite dall'infermiere
- rapporto prestazioni erogate/pazienti visti
- numero per medico per turno di:
  - accessi presi in carico per ciascun codice
  - accessi chiusi per ciascun codice
  - numero di prestazioni emergenti/urgenti[1]
- tempo di
  - presa in carico infermieristica
  - presa in carico medica
  - decisione
  - durata complessiva dell'accesso
  - attesa per il ricovero dopo la chiusura dell'accesso
  - refertazione esami radiologi
- numero rientri in PS entro 10 giorni

[1] *prestazioni emergenti/urgenti:*
- *IOT e ventilazione invasiva*
- *RCP*
- *gestione politrauma*
- *sedazione profonda e analgo-sedazione pediatrica*
- *ventilazione non invasiva*
- *CVC*
- *incannulamento arteria*
- *CVE*
- *cardioversione farmacologica*
- *ecografia di PS*

6. Criteri per l'assegnazione del "codice di appropriatezza"

Il codice colore alla dimissione deve essere attribuito secondo i seguenti criteri:

Codice Rosso – Paziente critico
Paziente sottoposto ad interventi di sostegno delle funzioni vitali (controllo delle vie aeree, ventilazione controllata o assistita, ventilazione non invasiva, emotrasfusione urgente, reintegro volemico rapido, infusione continua di farmaci inotropi o vasoattivi)

Codice Giallo – Paziente urgente
Paziente sottoposto ad accertamenti o terapie volti ad evitare un'evoluzione verso la compromissione delle funzioni vitali, a reintegro volemico, ad infusione continua di farmaci (esclusi inotropi e vasoattivi), ad esami ematochimici seriati, a monitoraggio continuo delle funzioni vitali.

Codice Verde – Prestazione prioritaria
Tutti i pazienti che non rientrano nei criteri previsti per l'attribuzione degli altri codici

Codice Bianco – Trattamenti ambulatoriali
Pazienti che rientrano nei criteri previsti alla sezione 7 del presente documento

7. Criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso

Devono essere classificati come "**codice bianco alla dimissione**" tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso **bianco o verde** che **NON** rientrano tra i seguenti:

1. esitati con proposta di ricovero in ospedale;
2. che abbiano determinato una sosta in Osservazione Breve Intensiva di durata superiore a 4 ore;
3. conseguenti a traumatismi che abbiano determinato una frattura, una lussazione, una ferita che abbia richiesto sutura o applicazione di colla biologica o una distorsione che abbia richiesto applicazione di apparecchio gessato o di altro dispositivo di immobilizzazione permanente;
4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
5. conseguenti a presenza di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;
6. conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco;
7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
8. derivanti dall'invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile;
9. relativi a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale: 571 (abuso dei mezzi di correzione e disciplina), 572 (maltrattamenti contro familiari e conviventi), 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali), 609-bis (Violenza sessuale), 612-bis (Atti persecutori), limitatamente al primo accesso avvenuto nell'imminenza dei fatti.
10. conseguenti ad una complicanza di un intervento chirurgico eseguito entro i 30 giorni antecedenti la data dell'accesso, esclusivamente nei casi in cui non sia possibile l'accesso diretto del paziente al reparto che ha eseguito l'intervento ed esclusi i casi in cui l'accesso avvenga in difformità rispetto alle indicazioni fornite dallo specialista consultato dal paziente.

Sono inoltre classificati come codice bianco alla dimissione tutti i pazienti, con qualsiasi classificazione di triage di accesso, che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima della chiusura dell'accesso o che lasciano l'ospedale senza rientrare in Pronto Soccorso dopo una prestazione specialistica erogata in altro reparto, salvo il caso in cui tale reparto provveda direttamente alla chiusura dell'accesso.

I pazienti che lasciano il Pronto Soccorso durante l'attesa prima di accedere agli ambulatori devono essere classificati alla dimissione senza assegnazione di codice colore (valore *"9 – non eseguito"* del flusso APS).

Gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che rientrano tra quelli previsti ai precedenti punti da 1 a 10 devono essere classificati "codice verde alla dimissione"; la diagnosi indicata nel campo "diagnosi alla dimissione" deve esplicitamente indicare la condizione morbosa corrispondente a tale classificazione. Non è consentito per i codici diversi dal bianco utilizzare come unica diagnosi le codifiche ICD9-CM da 995 a 999 senza ulteriore specificazione.

Tutti gli accessi classificati come "codice bianco alla dimissione" sono assoggettati al pagamento della quota fissa per l'accesso e del ticket sulle prestazioni erogate, con le seguenti esclusioni:

- gli accessi in Pronto Soccorso per minori di 14 anni, limitatamente alla quota fissa per l'accesso; le eventuali altre prestazioni erogate, sono invece gravate dal ticket
- gli accessi e le prestazioni erogate a pazienti con diritto all'esenzione per le condizioni previste dall'Allegato A al Decreto 161 del 28/6/2011 e sue eventuali successive modificazioni; per i pazienti con diritto all'esenzione per patologia, l'esenzione si applica solo se l'accesso in Pronto Soccorso è da imputarsi a riacutizzazione e/o aggravamento della patologia stessa;
- gli accessi e le prestazioni conseguenti ad infortunio sul lavoro, anche per i soggetti che non godono della copertura assicurativa da parte dell'INAIL; deve essere utilizzato per tutti il codice esenzione "INAIL";
- gli accessi e le prestazioni conseguenti a formale richiesta dell'Autorità Giudiziaria o degli organi di Pubblica Sicurezza;
- gli accessi effettuati nelle 24 ore successive ad un precedente accesso, purchè determinati da richiesta del medico del PS, limitatamente alla sola quota fissa per l'accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket.
- gli accessi e le prestazioni conseguenti ad una manifestazione febbrile con temperatura corporea superiore a 38° gradi avvenuti entro 21 giorni dall'arrivo in Italia dopo un soggiorno in paesi tropicali; deve essere utilizzato il codice di esenzione 5G1.

8. Applicazione della quota di accesso e della compartecipazione alla spesa – quadri particolari

8.1 I pazienti con richiesta di prestazione diagnostica o specialistica urgente del Medico di Medicina Generale ("classe U") che transitano per il Pronto Soccorso, non sono tenuti al pagamento della quota fissa dell'accesso se quest'ultimo si conclude con l'erogazione della sola prestazione contenuta nella prescrizione e dell'eventuale visita di Pronto Soccorso.

8.2 I pazienti con richiesta di prestazione diagnostica o specialistica urgente del Medico di Medicina Generale ("classe U") che accedono direttamente alla prestazione e che vengono successivamente trasferiti al Pronto Soccorso per un accesso che esita in codice diverso dal bianco non sono assoggettati al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa.

8.3 Qualora l'accesso di Pronto Soccorso sia chiuso come codice bianco direttamente dallo specialista cui il paziente è stato inviato dal triage mediante procedura di fast-track, il paziente è comunque tenuto al pagamento della quota fissa di accesso al Pronto Soccorso.