

RELAZIONE
SULLO STATO DEI LAVORI DEL TAVOLO DI MONITORAGGIO E
VERIFICA SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA DI
CUI AL PUNTO 15 DELL'ACCORDO
8 AGOSTO 2001

Roma, 15 aprile 2003

Indice

1. Premessa	Pag. 3
2. Attività svolta	“ 6
2.1 Metodologia di lavoro	“ 6
2.2 Attività prodotta per settori	“ 7
2.3 Proposte operative	“ 19
3. Linee di sviluppo dell'attività del tavolo	“ 25

1. Premessa

In attuazione dell'accordo in materia di spesa sanitaria, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, è stato istituito (repertorio atti n. 1460 del 19 giugno 2002), nell'ambito della Segreteria della Conferenza, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, cui sono affidati i compiti indicati dagli accordi Governo-Regioni: 8 agosto 2001 punto 15, 22 novembre 2001, sui Livelli Essenziali di Assistenza, punto 5.2 e 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, lettera a).

In particolare il punto 15 dell'accordo prevedeva l'attivazione di:

“un Tavolo di monitoraggio e verifica, presso la Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, tra Ministeri della Salute e dell'Economia e le Regioni e le Province autonome, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali – anche ad integrazione di quanto previsto dall'art. 19-ter del richiamato decreto legislativo n. 229 del 1999 – sui suddetti livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale.

Governo e Regioni si impegnano inoltre a valutare congiuntamente, nella stessa sede, gli effetti degli interventi concordati ai fini del controllo della spesa per la farmaceutica, per gli altri beni e servizi e per il personale.

Tutto ciò al fine del conseguimento di una effettiva congruità tra prestazioni da garantire e risorse finanziarie messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Governo si impegna ad accompagnare eventuali variazioni in incremento dei Livelli Essenziali di Assistenza, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive”.

Con il successivo accordo del 22 novembre 2001 sancito dalla Conferenza Stato-Regioni sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (repertorio atti n. 1318), si prevedeva al punto 5.1 la definizione di specifici criteri di monitoraggio all'interno del sistema di garanzie introdotto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e aggiornamento continuo.

Al punto 5.2 del suddetto accordo si disponeva che il Tavolo di monitoraggio e verifica, istituito ai sensi del punto 15 dell'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 effettuasse, sulla base di quanto disposto dal soprarichiamato punto 5.1, la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria effettivamente erogati, e della corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, evidenziando altresì eventuali prestazioni effettivamente erogate e non riconducibili ai predetti livelli.

L'esigenza di prevedere nel tempo un costante aggiornamento dei Livelli stessi, mediante un sistema di manutenzione degli elenchi di prestazioni e servizi, ha portato, con l'accordo del 22 novembre 2001, a prevedere, al punto 6 dello stesso, la costituzione di uno specifico organismo nazionale, cui affidare *“il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, tenuto conto di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi diagnostici resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate, così come l'esclusione di quelle ormai obsolete”*.

Tale esigenza si è tradotta nel comma 10 dell'articolo 4bis del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n.112, che ha istituito una Commissione, per le attività di valutazione, in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione ed aggiornamento dei LEA e delle prestazioni in esso contenute.

Con l'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n.289 è stata istituita la Commissione unica per i dispositivi medici, con il compito di definire e aggiornare il repertorio dei dispositivi medici, di classificare tutti i prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento.

L'art.9 della legge 8 agosto 2002, n. 178, di conversione del decreto legge 8 luglio 2002, n. 138, attribuisce alla Commissione unica del farmaco il compito di redigere annualmente l'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale, sulla base dei criteri di costo-efficacia, in modo da assicurare, su base annua, il rispetto dei livelli di spesa programmata nei vigenti documenti di finanza pubblica, nonché, in particolare, il rispetto dei livelli di spesa definiti nell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano dell'8 agosto 2001.

La necessità di garantire che qualunque decisione riguardante il livello essenziale dell'assistenza farmaceutica territoriale, sia coerente con il quadro economico di riferimento è confermata dall'articolo 3 della legge 15 giugno 2002, n.

112, di conversione del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, in base al quale i decreti ministeriali in materia di riclassificazione dei farmaci, ovvero di nuove ammissioni alla rimborsabilità, soggetti alla registrazione della Corte dei Conti, devono essere accompagnati da una relazione tecnica, verificata dal Ministero dell'economia e delle finanze, attestante che da questi non derivano maggiori oneri rispetto ai livelli di spesa definiti nel predetto Accordo dell'8 agosto 2001.

Con l'accordo del 22 febbraio 2001 si è convenuto di istituire la “*Cabina di regia*”, composta da Amministrazioni centrali competenti e Regioni, cui sono state affidate funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo della fase di attuazione del nuovo Sistema Informativo Sanitario nell'ambito dell'accordo quadro sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 22 febbraio 2001.

Ciò in quanto, tra gli obiettivi di governo del nuovo Sistema informativo, vi è anche il monitoraggio della spesa sanitaria e dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute.

E' inoltre operante il Tavolo sulla spesa sanitaria attivato presso il Ministero dell'economia e delle finanze con il compito di monitorare gli adempimenti delle Regioni ai fini dell'integrazione di parte statale alle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, di cui all'articolo 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 e dell'articolo 4 della legge 15 giugno 2002, n. 112, di conversione del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63.

Infine l'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ha confermato dal 1° gennaio 2001 i Livelli Essenziali di Assistenza, specificando che le prestazioni riconducibili ai suddetti Livelli e garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale sono quelli individuati dall'Allegato 1) del D.P.C.M. 29 novembre 2001, pubblicato nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 dello stesso.

Il comma 3 del suddetto articolo 54 dispone inoltre che la individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati 1, 2 e 3 del richiamato D.P.C.M., sono definite con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Tutto ciò premesso, il Tavolo sottolinea l'esigenza che gli organismi soprariportati, e tutti gli altri organismi di carattere permanente che, con finalità specifiche e competenze diverse intervengono nel settore dei Livelli Essenziali di Assistenza, operino in stretta collaborazione, facendo sì che le decisioni assunte dai

singoli organismi pervengano in modo formale a tutti gli altri organismi e comunque al Tavolo di monitoraggio dei LEA per esercitare le funzioni sopra richiamate di cui ai punti 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001 e 5.2 dell'accordo 22 novembre 2001.

2. Attivita' svolta

Il Tavolo ha iniziato i propri lavori il 23 aprile 2002 e nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 1° agosto ha presentato una prima relazione sull'attività svolta.

Il Tavolo ha proseguito i propri lavori nelle sedute del 18 settembre, 9 ottobre e 23 ottobre, 20 novembre, 11 dicembre 2002 e 8 e 21 gennaio, 26 febbraio, 1 e 19 marzo, 9 e 14 aprile 2003.

Le linee di lavoro individuate dal tavolo sono state:

- *SISTEMA DI MONITORAGGIO.*
- *QUESTIONI INTERPRETATIVE SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.*
- *LISTE DI ATTESA.*
- *ESAME DELLE QUESTIONI SOSPESE DI CUI PUNTO 11 DELL' ACCORDO 22 NOVEMBRE SUI LEA.*
- *MOBILITA' SANITARIA (PUNTO 10 ACCORDO 22 NOVEMBRE).*
- *QUESTIONI LEGATE ALL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.*

2.1 Metodologia di lavoro

Per espletare il suo mandato il tavolo ha ritenuto di adottare la seguente metodologia:

- individuare i livelli aggiuntivi di assistenza che le Regioni hanno deciso di mantenere rispetto a quelli previsti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 con particolare riferimento all'applicazione degli allegati 1A, 2A, 2B e 2C, al fine di stimare i costi relativi;
- individuare la quota di spesa farmaceutica eccedente il 13% previsto della legge 16 novembre 2001, n.405;
- individuare i costi dell'attività di ricovero connessi alla quota di posti letto eccedente il 5 x 1000 abitanti prevista come criterio base dall'accordo dell'8 agosto 2001;
- stimare i costi relativi all'assistenza socio-sanitaria per la parte ricadente nell'ambito dei finanziamenti destinati al SSN, al fine di precisare la quota di

costi non attribuibile ai suddetti finanziamenti, in quanto relativa a prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di natura socio-assistenziale;

- procedere ad una stima dei costi relativi alle prestazioni dell'allegato 1A) del D.P.C.M. depurati della voce di cui sopra, per verificarne la corrispondenza con la relativa quota di finanziamenti.

2.2 Attività prodotta per settori

Di seguito si riporta nel dettaglio la sintesi dell'attività svolta per linee di lavoro:

2.2.1. - SISTEMA DI MONITORAGGIO:

2.2.1.1-Rilevazione dei provvedimenti adottati dalle Regioni dopo l'entrata in vigore del D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Per dare attuazione a quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dall'Accordo del 22 novembre 2001, il Tavolo di monitoraggio ha richiesto alle Regioni, nel corso del 2002, i provvedimenti adottati in merito alla attuazione dei LEA con particolare riferimento agli allegati 2A, 2B e 2C.

Sono pervenute all'esame del tavolo di monitoraggio da parte di tutte le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano n. 78 provvedimenti, come risulta dagli allegati.

Tali provvedimenti riguardano il recepimento complessivo del D.P.C.M. da parte delle Regioni al 31 dicembre 2002, e, in taluni casi, rinviando a successivi atti per specifiche tematiche. Occorre rilevare che, l'acquisizione degli atti regionali è stato un processo alquanto difficoltoso, e, rilevato che l'attività di monitoraggio degli atti regionali dovrà proseguire in via ordinaria nel corso del tempo, si richiama l'attenzione di tutte le amministrazioni regionali sulla necessità della tempestiva trasmissione di tutti i provvedimenti che attengono ai Livelli essenziali di assistenza.

Si riportano in modo sintetico alcune valutazioni in merito ai provvedimenti regionali di cui alle Tabelle A (**Allegato 1**) e B (**Allegato 2**) con i quali tutte le Regioni hanno recepito il D.P.C.M. novembre 2001 fino al 31 dicembre 2002.

Si precisa che ai fini della rilevazione in materia, la regione Trentino Alto Adige non è computata nel numero totale in quanto le competenze in materia sono esercitate dalle province autonome di Trento e Bolzano

La **Tabella A** riporta, per ciascuna Regione, nelle prime 2 colonne, gli estremi delle delibere adottate e la sintesi del loro contenuto (o il titolo della delibera). La colonna successiva (all. 2 A) riporta le prestazioni escluse dai LEA che le Regioni hanno ritenuto di confermare come livello ulteriore; la colonna “All. 2 B” evidenzia gli orientamenti delle Regioni in merito alle prestazioni parzialmente escluse mentre la colonna “All. 2 C” riporta quanto stabilito per incrementare il livello di appropriatezza dei ricoveri per i 43 DRG elencati nello stesso allegato al D.P.C.M..

Nella colonna “Altro” sono sintetizzati altri interventi per il contenimento della spesa e misure di carattere organizzativo.

La **Tabella B** riporta con maggiore livello di dettaglio le indicazioni cliniche individuate dalle Regioni per l’erogazione delle prestazioni parzialmente escluse.

- *Prestazioni escluse dai Lea e garantite dalle Regioni come “livelli ulteriori” di cui all’Allegato 2A del D.P.C.M. (Tabella A)*

La ricognizione evidenzia che numerose Regioni continuano ad assicurare alcune delle prestazioni escluse dai Livelli essenziali di assistenza, facendo fronte con risorse proprie ai relativi oneri.

In questo ambito si possono rilevare delle linee comuni:

- **Certificazioni** - 15 Regioni e P.A. su 21 (Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Veneto, P.A. di Trento, Friuli V.G., Liguria, Emilia R., Toscana, Marche, Umbria, Molise, Puglia, Basilicata e Sardegna) ritengono necessario garantire gratuitamente il rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, e l’esecuzione dei relativi accertamenti, ai minori ed ai portatori di handicap. Le motivazioni di questa scelta, riportate nelle delibere, fanno riferimento alla necessità di sviluppare e diffondere la pratica sportiva per il miglioramento delle condizioni psicofisiche dei giovani e la promozione di relazioni interpersonali positive, ed alla volontà di favorire l’inserimento sociale dei disabili. Alcune Regioni prevedono la gratuità anche per i certificati di idoneità all’affidamento e all’adozione, peraltro già a suo tempo disposta dall’art. 82 della legge 4 maggio 1983, n. 184.
- **Medicine non convenzionali** - 4 Regioni individuano alcune prestazioni di medicina non convenzionale da erogarsi come livelli aggiuntivi regionali: l’agopuntura è inclusa (a determinate condizioni) nei Lea del Piemonte, della

Valle d'Aosta (in via sperimentale), dell'Umbria e della Toscana; l'omeopatia è prevista in via sperimentale e per specifiche indicazioni cliniche dalla Valle d'Aosta che offre anche prestazioni di chiroterapia per le patologie della colonna vertebrale in toto.

- **Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale** – l'esclusione dai Lea di numerose prestazioni di fisioterapia ambulatoriale ha richiesto alle Regioni un impegnativo processo di revisione delle attività svolte e dei modelli organizzativi adottati. Inoltre, la formulazione della lett. f) dell'allegato 2A) del D.P.C.M. ha suscitato difficoltà interpretative e alcune Regioni, a seguito dei chiarimenti forniti nella Relazione del 1 agosto 2002, hanno dovuto revocare o modificare provvedimenti attuativi già approvati. La Lombardia conferma l'erogazione di tutte le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale di cui all'all.2 A lett. f) agli assistiti iscritti presso Asl lombarde, il Veneto e il Friuli autorizzano l'esercizio assistito in acqua. Ad eccezione dell'Emilia Romagna, dell'Umbria e della Calabria, tutte le Regioni includono l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia, la mesoterapia e la laserterapia tra le prestazioni dell'allegato 2B al D.P.C.M. (la Regione Marche prevede solo l'elettroterapia, la Campania, la Puglia, la Basilicata e la Sardegna escludono la mesoterapia). Se ne tratterà più avanti nell'illustrazione dei provvedimenti di attuazione di tale allegato.
- **Altre prestazioni riconducibili a livelli ulteriori** - solo alcune Regioni hanno effettuato una ricognizione completa delle prestazioni aggiuntive rispetto a quanto previsto dall'allegato 1 del D.P.C.M. mentre la maggior parte fa riferimento ai soli ambiti richiamati dall'allegato 2A. Nelle delibere in esame, sono state rilevate le seguenti prestazioni: fornitura di dispositivi protesici extranomenclatore e di materiale di medicazione (Piemonte e Valle d'Aosta - 2 Regioni su 21), prodotti aproteici (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Sardegna - 5 Regioni su 21), contributi per terapie con metodo Doman e assegno di cura per anziani (Emilia-Romagna, Umbria - 2 Regioni su 21), farmaci di classe C) per gli affetti da malattie rare (Lombardia), contributi economici ex ONIG ad invalidi di guerra e per servizio (Lazio e Basilicata), vaccini desensibilizzanti e latte artificiale per soggetti allergici, rimborsi spese per soggetti affetti da particolari patologie (Basilicata e Valle d'Aosta) e contributi per protesi dentarie e trattamenti ortodontici a soggetti in condizioni economiche disagiate (Valle D'Aosta).

- *Prestazioni parzialmente escluse dai Lea in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di cui all'Allegato 2B del D.P.C.M. (Tabella A e B)*

Lettera a) - Assistenza odontoiatrica - Specifiche condizioni di erogabilità sono individuate, con diverso livello di dettaglio, da Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Umbria, Marche, Puglia e Calabria (7 Regioni su 21); il riferimento al reddito è presente nelle delibere della Valle d'Aosta, del Veneto, dell'Umbria e della Puglia (4 Regioni su 21); sono però differenti i valori di reddito individuati per consentire l'accesso gratuito alle prestazioni odontoiatriche (2 volte il minimo vitale per la Valle d'Aosta, 8.500 euro per il Veneto, 8.264 euro, incrementato in funzione del coniuge e dei familiari a carico per l'Umbria, 16.000 o 24.000 euro per i soggetti infra e ultra 65enni per la Puglia); per la Valle d'Aosta 15.680 euro per nucleo familiare composto da una persona con casa in affitto (e 8250 euro se con casa di proprietà) incrementate in base al numero dei componenti.

Nelle linee generali, l'assistenza odontoiatrica risulta limitata ai minori (14, 16 o 18 anni), agli invalidi gravi, ai soggetti in condizioni economiche gravemente disagiate e (solo in Veneto, Puglia e in Calabria -3 su 21) ai soggetti affetti da specifiche patologie. La stessa Regione Veneto garantisce a tutti gli assistiti il trattamento delle urgenze infettive antalgiche ma riduce il numero delle prestazioni prescrivibili con una ricetta (4 prestazioni) e modifica le quote di partecipazione a carico degli assistiti.

L'assistenza odontoiatrica resta ancora per la maggioranza delle Regioni un problema da affrontare in modo sistematico.

Lettera b) - Densitometria ossea - 14 Regioni individuano le specifiche condizioni cliniche che consentono la fruizione della densitometria ossea (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli V.G., P.A. di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna). Le condizioni individuate dal maggior numero di Regioni sono:

- donne in post-menopausa con importanti fattori di rischio;
- donne in menopausa precoce o chirurgica;
- donne e uomini in trattamento prolungato con alcuni farmaci o in presenza di condizioni patologiche associate ad osteoporosi.

Lettera c) – Medicina fisica e riabilitazione – Come già ricordato, tutte le Regioni, eccetto l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Calabria, includono l'elettroterapia

antalgica, l'ultrasuonoterapia, la mesoterapia e la laserterapia tra le prestazioni erogabili a carico del Servizio Sanitario nazionale.

La Regione Marche prevede solo l'elettroterapia, la Campania, la Puglia, la Basilicata e la Sardegna escludono la mesoterapia.

Le indicazioni cliniche per l'erogazione di tali prestazioni sono puntualmente definite da Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. di Trento, Friuli V.G., Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna (12 Regioni su 21); la Liguria e la Sicilia prevedono che le stesse siano comunque inserite nell'ambito di progetti riabilitativi individuali.

Le modalità di erogazione delle altre prestazioni di medicina fisica e riabilitazione sono disciplinate da 10 Regioni: Piemonte, Veneto, P.A. Trento, Liguria, Umbria, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna, ma numerose indicazioni sono già contenute nei Nomenclatori regionali dell'assistenza specialistica ambulatoriale di altre regioni.

Tutte le delibere esaminate prevedono che il trattamento sia inserito all'interno di un progetto riabilitativo individuale e, in taluni casi, individuano le specifiche condizioni che lo rendono appropriato; il Piemonte, il Veneto, l'Umbria, la Puglia e la Sicilia impongono il coinvolgimento del medico specialista nella definizione del progetto.

Lettera d) - Chirurgia refrattiva con laser a eccimeri - per quanto riguarda questa prestazione, le indicazioni cliniche sono definite da 17 Regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Friuli V.G., P.A. di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna); le condizioni individuate con maggiore frequenza sono:

- anisometropia superiore a 4 diottrie;
- astigmatismo secondario a chirurgia corneale;
- ametropie post-chirurgiche;
- miopia grave.

Alcune Regioni indicano esplicitamente tra le condizioni di erogabilità della prestazione il fatto che l'uso di occhiali o di lenti a contatto sia causa di grave sofferenza psicologica, valutata per particolari condizioni, (Veneto) ovvero sia reso impossibile dalle condizioni fisiche o dalla particolare condizione lavorativa del soggetto (Emilia-Romagna e Marche).

In conclusione, dall'esame dei singoli atti regionali risulta che, a differenza di altre prestazioni, esiste una sostanziale condivisione da parte della maggioranza delle

Regioni relativamente alle condizioni di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva con laser a eccimeri.

- *Misure per incrementare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri di cui all'Allegato 2C del D.P.C.M. (Tabella C).*

Nel corso dell'anno 2002 quasi tutte le Regioni hanno fissato i valori soglia dei ricoveri ordinari per i 43 DRG individuati dall'allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, individuando forme assistenziali alternative al ricovero ordinario, quali day hospital chirurgici, day hospital medici e/o attività ambulatoriali specifiche.

Hanno provveduto in tal senso le seguenti 18 Regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli V.G., P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, e Sardegna, Piemonte e Molise.

La Lombardia, la Toscana, il Lazio, la Campania, la Puglia, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia definiscono anche i criteri o le modalità di remunerazione dei ricoveri inappropriati.

Per individuare i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri in regime ordinario le Regioni si avvalgono di metodologie differenti.

A fronte di un percorso comune di miglioramento dell'appropriatezza della funzione ospedaliera, che le Regioni hanno intrapreso sia per le strutture pubbliche che private accreditate, risulta ancora variabile il valore soglia che, a livello delle singole Regioni, è considerato accettabile per il ricovero ordinario.

Tale variabilità è spiegata:

- dalla presenza di processi di riorganizzazione delle funzioni ospedaliere in atto in alcune Regioni, che richiedono azioni pluriennali per ottenere risultati significativi. In questi casi i valori soglia sono assunti come variabile dinamica nel tempo e oggetto di progressivi aggiustamenti;
- dall'adozione di differenti metodi utilizzati per misurare il grado di appropriatezza;
- dall'adozione di differenti strumenti volti a perseguire crescenti livelli di appropriatezza.

Nell'ambito delle misure volte a recuperare l'appropriatezza, si segnalano quelle adottate da alcune Regioni per il corretto utilizzo del servizio di *pronto soccorso*. La Lombardia e il Piemonte, hanno adottato provvedimenti che escludono dai Lea le prestazioni impropriamente richieste ed erogate da tale servizio e

introducono una tariffa forfetaria a carico dell'assistito; gli accessi impropri sono identificati in base alle procedure di prima valutazione.

Altre Regioni hanno già normato in precedenza questa problematica.

Si riportano in allegato (**Allegato n. 3**) le tabelle relative ai ricoveri effettuati in day hospital e in ricoveri ordinari nelle varie Regioni con riferimento ai 43 DRG dell'allegato 2C relativamente all'anno 2000 e la Tabella C "Soglie di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001" per regione.

Inoltre si dà conto delle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza farmaceutica territoriale alla data della presente relazione, di cui alle schede di sintesi che si allegano (**Allegato n. 4**).

2.2.1.2- *La definizione di un modello di monitoraggio degli indicatori all'interno del sistema di garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n.56.*

Nel punto 5 dell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001 "*si conviene di definire criteri specifici di monitoraggio, all'interno del sistema di garanzia introdotto dall'art.9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n.56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e da aggiornamento continuo*".

L'accordo, inoltre, prevede che il tavolo indicato nel punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001 dovrà effettuare la *verifica dei LEA erogati, valutando anche la corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti ed evidenziando altresì eventuali prestazioni erogate non riconducibili ai precedenti livelli.*

Si ricorda che, precedentemente alla adozione dei Livelli Essenziali di Assistenza con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, era stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 25 ottobre 2001, la relazione dell'attività del Tavolo di lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e dei relativi costi, tenuto conto di quanto convenuto con l'accordo dell'8 agosto 2001 e successivamente disposto dall'articolo 6 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

Con la suddetta relazione, al fine di pervenire ad una stima dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza il Tavolo aveva effettuata una ricognizione dei Livelli Essenziali assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale e dei relativi costi.

➤ *Set di indicatori*

Come è noto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 è entrato in vigore il 23 febbraio 2002 e, pertanto, il monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza, così come previsto nel punto 5.2 dell'accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, potrà essere effettuato con riferimento all'assistenza erogata nell'anno 2002 e, quindi, non prima della metà dell'anno 2003, quando si renderanno disponibili le informazioni necessarie.

Il Tavolo di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza ha ritenuto però opportuno procedere alla rilevazione dei dati relativi all'assistenza erogata nelle varie Regioni anche con riferimento all'anno 2001, così come risulta indicato nella relazione presentata alla Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002, per poter esprimere una prima valutazione tra i finanziamenti stabiliti in sede di accordo dell'8 agosto 2001 e i LEA erogati.

Il D.M. 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione dell'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti.

Al fine, però, di consentire alle Regioni di adeguare i propri sistemi informativi regionali per la rilevazione dei dati oggi non disponibili, il tavolo di monitoraggio dei LEA ha ritenuto che gli indicatori previsti dal sopraindicato DM 12 dicembre 2001 debbano essere utilizzati con gradualità, selezionando dapprima solo quelli che realmente possono essere forniti dalle aziende sanitarie di tutto il territorio nazionale.

Premesso quanto sopra, con riferimento all'anno 2001, il Tavolo ha ritenuto di:

- 1) rilevare solo i dati relativi ad alcuni indicatori tra quelli presenti nel DM 12 dicembre 2001, con l'obiettivo di utilizzarli a regime, eventualmente aggiornandoli ed integrandoli, con riferimento all'assistenza erogata nell'anno 2003, considerando anche l'anno 2002 ancora un anno di transizione, tenuto conto dei tempi previsti per gli adempimenti regionali previsti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001;
- 2) eliminare dalla scheda utilizzata per la rilevazione effettuata nell'anno 2001 presso le 11 Regioni che vi hanno partecipato le informazioni relative alle "risorse umane utilizzate" per erogare i livelli di assistenza, considerata

- l'effettiva difficoltà di definire il numero di operatori equivalenti, e le informazioni relative alla distinzione tra assistenza erogata direttamente o attraverso strutture accreditate;
- 3) rilevare, ove possibile, per quanto riguarda l'assistenza territoriale – ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale – considerata l'importanza di disporre di informazioni più puntuali in questo importante settore di attività, i dati sui costi e sull'assistenza erogata anche disaggregati per tipologia di utenti (anziani, disabili, malati psichiatrici, ecc.);
 - 4) rilevare, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, informazioni in merito alla complessità della casistica trattata (peso medio dei ricoveri per bambini ed anziani, indice di attrazione e indice di fuga);
 - 5) la scheda di rilevazione dei costi e dell'assistenza erogata nell'anno 2001, al fine di poter costruire gli indicatori selezionati, è stata trasmessa ai Presidenti delle Regioni in data 7 novembre 2002 e la rilevazione è in corso.

➤ *Struttura del sistema di valutazione*

Definito il set di indicatori da utilizzare all'interno del sistema di monitoraggio, si ritiene necessario stabilire anche il "sistema di regole" da rispettare a garanzia dei LEA. Poiché la verifica dei livelli di assistenza effettivamente erogati nelle diverse Regioni, come sopra già indicato, dovrà essere effettuata con riferimento all'assistenza erogata dopo l'entrata in vigore del D.P.C.M. 29 novembre 2001, il Tavolo di monitoraggio dei LEA ritiene che il "sistema di regole" debba essere definito solo dopo aver acquisito e valutato i dati relativi all'anno 2001. Ciò al fine di apportare quelle eventuali modifiche ed integrazioni alla scheda di rilevazione che risultassero opportune per una rappresentazione più completa della assistenza sanitaria erogata nelle Regioni.

2.2.2-QUESTIONI INTERPRETATIVE SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.

Il Tavolo ha già con la relazione del 1° agosto 2002 fornito indicazioni su alcuni punti specifici in particolare riferiti a: 1)certificazioni; 2)prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale; 3) prevenzione collettiva; 4) area dell'integrazione socio sanitaria, che si riportano in allegato (Allegato n. 5).

Per quanto riguarda la questione inerente l'esclusione dai Livelli Essenziali di Assistenza delle certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva (all.2 A, lett. e) del D.P.C.M., il tavolo ha svolto gli ulteriori approfondimenti già preannunciati nella suddetta relazione e ha rilevato la necessità di una modifica del suddetto allegato, in particolare per quanto attiene alle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva, all'affidamento o all'adozione di minori e allo svolgimento del servizio civile.

La proposta di modifica si riporta nel paragrafo 2.3 delle proposte operative.

2.2.3-LISTE DI ATTESA

In attuazione dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386) sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, rettificato con atto dell'8 marzo 2002 (repertorio atti n. 1412) (**Allegato n. 6.1**), il Tavolo ha predisposto un documento di indicazioni sul quale la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta dell'11 luglio, ha sancito l'accordo (repertorio atti n. 1488). (**Allegato n. 6.2**)

Con il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante: "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa", è stato integrato il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 con l'Allegato 5 di cui al suddetto documento di linee guida

Con l'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 è stato approvato un documento di indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. In particolare il punto 5 del suddetto documento prevede l'attivazione di un *sistema di monitoraggio* nell'ambito del più complessivo flusso informativo sui tempi e liste di attesa, attualmente in fase di sperimentazione da parte del Ministero della salute.

Si prevede inoltre che, per soddisfare le esigenze informative del Tavolo di monitoraggio dei LEA, le Regioni si impegnano a fornire dati attraverso una rilevazione *ad hoc*.

A tale scopo è stato attivato, presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, il Gruppo tecnico di esperti, costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome e della ASSR, per concordare gli aspetti tecnici e le modalità operative del suddetto monitoraggio delle liste di attesa.

Nell'indagine sperimentale in corso sono state individuate ulteriori prestazioni con i tempi massimi di attesa, rispetto a quelle già convenute con il richiamato

accordo dell'11 luglio 2002, da monitorare sia per l'attività di ricovero che per quella specialistica ambulatoriale.

La rilevazione è tuttora in corso e ha fatto emergere un elevato grado di complessità, all'esame delle Amministrazioni competenti.

2.2.4-ESAME DELLE QUESTIONI SOSPESE DI CUI PUNTO 11 DELL' ACCORDO 22 NOVEMBRE 2001 SUI LEA:

- *Visite fiscali.*

Il Tavolo nel corso dell'anno 2001 e fino alla data odierna ha preso in considerazione la questione relativa alle visite fiscali: la problematica è stata oggetto di esame da parte del Tavolo nel corso delle riunioni del 24 luglio, del 18 settembre, del 9 e 23 ottobre 2002.

Nella riunione del 9 ottobre, in considerazione del fatto che la soluzione della questione necessita di alcuni elementi conoscitivi ritenuti essenziali quali il numero delle visite che vengono effettuate e una stima dei costi, al fine di pervenire ad una definitiva soluzione del problema, si è convenuto di effettuare una rilevazione specifica per l'anno 2001.

E' stata pertanto predisposta una scheda di rilevazione, inviata alle Regioni e alle Province autonome con nota del 25 novembre 2002, prot. n. 5911 /02/4.1.21.7.1.3..

La rilevazione è ancora in corso e presenta difficoltà nell'acquisizione di dati da parte delle Regioni. Si riporta in ogni caso una prima tabella di sintesi degli esiti (**Allegato n. 7**).

- *Assistenza sanitaria a stranieri non regolari.*

Per quanto riguarda l'Assistenza sanitaria a stranieri non regolari la materia è stata oggetto di approfondimento da parte del Tavolo che ha predisposto una ricognizione della normativa vigente e una scheda di rilevazione di dati che si allega (**Allegato n. 8**), per la quale è in corso la rilevazione presso le Regioni.

2.2.5-MOBILITA' SANITARIA (PUNTO 10 ACCORDO 22 NOVEMBRE).

Il punto 10 dell'Accordo Stato-Regioni 22 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria stabilisce che:

“Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all’interno dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, imputandone l’addebitamento delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:

- Un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
- Eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate.

Sulla questione, gli Assessori alla sanità nel corso della riunione del 6 novembre 2002 hanno ritenuto di:

1. considerare applicabile il regime erogativo adottato dalla Regione di residenza;
2. escludere dette prestazioni dalla compensazione interregionale per la mobilità;
3. di lasciare esclusivamente agli accordi bilaterali tra le Regioni interessate la regolazione di eventuali prestazioni godute presso le Regioni non di residenza.

Nell’ambito degli approfondimenti legati alla mobilità sanitaria il tavolo ha ritenuto opportuno occuparsi della problematica dell’iscrizione temporanea degli aventi diritto negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in modo da individuare modalità di comportamento uniformi.

Il testo della proposta di accordo è contenuto nella sezione delle proposte.

2.2.6-QUESTIONI LEGATE ALL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.

E’ stata avviata una prima analisi delle questioni legate all’attuazione di quanto previsto nell'allegato 1C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che ha rilevato una disomogeneità applicativa tra le Regioni. E’ stato pertanto inviata il 4 marzo 2003, prot. n 1090 /03/4.1.21.7.1.3, una nota di richiesta alle Regioni al fine di acquisire i provvedimenti adottati dopo l'entrata in vigore del D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

Si riporta, in allegato, una tabella di sintesi dei provvedimenti di prima applicazione dell’allegato 1C. (**Allegato n. 9**)

2.3 Proposte operative

Il lavoro sin qui svolto ha permesso di giungere alla formulazione di una proposta di modifica del D.P.C.M. in merito alle certificazioni e una proposta di accordo in merito all'iscrizione temporanea degli assistiti, nonché una proposta in merito alla densitometria ossea e laser a eccimeri.

2.3.1-CERTIFICAZIONI: Proposta di modifica al D.P.C.M. 29 novembre 2001

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” prevede che siano totalmente escluse dai LEA (all. 2A, lett. e) le “certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell’art. 31 del d.P.R. n. 270/2000 e dall’art. 28 del d.P.R. n. 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all’impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all’affidamento e all’adozione, rilascio patente, porto d’armi, ecc.).

La disposizione sopra riportata ha comportato numerose difficoltà interpretative e rilevanti problemi applicativi:

- difficoltà interpretative: non risulta chiaro se l’esclusione dai Lea riguardi esclusivamente la prestazione medico-legale di rilascio della certificazione o anche gli accertamenti specialistici richiesti per la valutazione delle condizioni di salute del soggetto interessato. Il Ministero della salute, con nota circolare agli Assessori alla sanità, ha espresso l’avviso che l’esclusione riguardi solo la certificazione e che gli accertamenti debbano essere eseguiti nell’ordinario regime di partecipazione al costo. Per quanto riguarda, in particolare, l’idoneità all’affidamento e all’adozione, occorre ricordare che l’art. 82 della legge 4 maggio 1983, n. 184, esenta “da ogni spesa, tassa e diritto” gli atti e i documenti relativi all’esecuzione dei provvedimenti pronunciati dal giudice nei procedimenti indicati dalla legge stessa; il contrasto tra il D.P.C.M. e la disposizione di fonte primaria, in assenza di una esplicita delegificazione della materia, suscita alcuni dubbi circa l’applicabilità dello stesso D.P.C.M. Infine, si ricorda che l’art. 68, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, prevede che “non è dovuto dagli

assistiti la quota fissa per ricetta per le prestazioni diagnostiche e specialistiche inerenti la certificazione di idoneità per servizio civile presso ente convenzionato con il Ministero della difesa”; anche in questo caso, dunque, potrebbe rilevarsi un contrasto tra norma primaria e D.P.C.M.

- problemi applicativi: la maggior parte delle Regioni, già prima dell’entrata in vigore del D.P.C.M., aveva previsto, con propri provvedimenti, la gratuità della certificazione di idoneità alla pratica sportiva dei minori e dei disabili e la certificazione di idoneità all’affidamento e all’adozione. Tali Regioni hanno ritenuto di confermare le precedenti disposizioni garantendo le suddette prestazioni come “livelli ulteriori”, sia per incentivare la pratica sportiva tra i giovani ed i portatori di handicap – così come previsto dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali – sia per promuovere comportamenti di elevato valore sociale quali l’affidamento e l’adozione di minori.

Tenuto conto di quanto sopra illustrato, si ritiene necessario apportare una modifica all’allegato 2A del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che, per un verso, chiarisca la natura delle prestazioni escluse dai Livelli essenziali di assistenza e, per altro verso, recepisca l’orientamento manifestato dalle Regioni, evitando altresì il rischio di un contrasto tra fonti normative diverse.

La proposta in questione, dunque, precisa che sono escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza sia le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, sia gli accertamenti richiesti ai fini del loro rilascio, fatta eccezione, oltre che per le certificazioni rilasciate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta richieste dalle istituzioni scolastiche, anche per le certificazioni (ed i relativi accertamenti) di idoneità alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche di minori e disabili, per le certificazioni (ed i relativi accertamenti) di idoneità all’adozione ed all’affidamento di minori e per le certificazioni (ed i relativi accertamenti) di idoneità al servizio civile fino all’entrata in vigore (1° giugno 2004) della disposizione che pone i relativi oneri a carico dell’istituendo Fondo nazionale per il Servizio civile (art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77).

Le altre modifiche proposte, rispettivamente all’allegato 1C ed alla tabella riportata nell’allegato 1, sono di natura puramente formale e sono volte a correggere alcune imprecisioni attualmente presenti nel testo del provvedimento.

La proposta in questione non solo non comporta alcun ulteriore onere a carico del Servizio sanitario nazionale, ma comporta una minore spesa per la finanza pubblica.

Pur in assenza di dati specifici, infatti, si può affermare che l'onere sopportato dal Ssn per l'esecuzione degli accertamenti necessari per le certificazioni di cui trattasi (patenti automobilistiche e nautiche, porto d'armi, idoneità all'impiego, cessione del quinto dello stipendio, libretto idoneità sanitaria, rilascio contrassegno libera circolazione invalidi, idoneità alla pratica sportiva di soggetti maggiorenni, ecc.), sia pure al netto del ticket pagato dal richiedente, è di gran lunga superiore dell'onere correlato al rilascio delle certificazioni per le tre categorie di soggetti di cui trattasi, aumentato del mancato introito da ticket per i relativi accertamenti diagnostici.

La modifica al D.P.C.M., dunque, non richiede alcuna ulteriore copertura finanziaria.

Si riporta di seguito la proposta di modifica al D.P.C.M. 29 novembre 2001, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che viene avanzata dal Tavolo e che, con la procedura prevista dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, potrebbe essere adottata dal Governo.

1. *"Nell'allegato 2A, Prestazioni totalmente escluse dai LEA, la lettera e) è sostituita dalla seguente*

e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, con esclusione delle:

- certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale ai sensi dell'art. 31 del d.P.R. n. 270 del 2000 e dal pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 29 del d.P.R. n. 272 del 2000;*
- certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche;*
- certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184;*
- certificazione di idoneità al servizio civile fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77".*

2. *Nell'allegato 1C, Area integrazione socio sanitaria, le parole "affette da AIDS" sono sostituite dalle parole "con infezione da HIV".*

3. *Nella tabella riportata alla nota (3) dell'allegato 1, recante un elenco di prestazioni che, sebbene non ricomprese nei LEA ed erogate con onere a carico dell'interessato, costituiscono compito istituzionale delle strutture erogatrici, alla voce "Rilascio di porto d'armi" è aggiunto il seguente riferimento normativo: "D.M. 28 aprile 1998 – Requisiti psicofisici minimi per il rilascio e il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale – G.U. 22 giugno 1998. n.143".*

2.3.2- PROPOSTA DI ACCORDO TRA GOVERNO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO IN MATERIA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA NEGLI ELENCHI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DI TEMPORANEA DIMORA

Il Tavolo di lavoro per la verifica e il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel corso della riunione dell'8 gennaio 2003, tenuto conto di quanto già convenuto tra gli assessori alla sanità, ha predisposto uno schema di accordo con la quale si propone di condividere modalità uniformi di iscrizione temporanea degli aventi diritto negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che garantiscano con la necessaria flessibilità il rispetto del principio fissato dall'art. 19, comma 4, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche in considerazione dell'evoluzione del quadro normativo in materia di iscrizione negli elenchi anagrafici della popolazione residente e delle mutate condizioni di vita e di lavoro della popolazione, caratterizzate da un'accentuata mobilità sul territorio nazionale.

Si riporta il testo della proposta di accordo, già inviato con nota del 5 febbraio 2003, prot. n. 1126/03/4.1.21.7.13, alle Regioni e ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze.

*tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano
si sancisce il seguente accordo*

CONSIDERATA l'evoluzione del quadro normativo in materia di iscrizione negli elenchi anagrafici della popolazione residente, le mutate condizioni di vita e di lavoro della popolazione, caratterizzate da un'accentuata mobilità sul territorio nazionale, e l'avvenuto consolidamento delle procedure di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, definite dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano;

RITENUTO opportuno condividere modalità uniformi di iscrizione temporanea degli aventi diritto negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che garantiscano con la necessaria flessibilità il rispetto del principio fissato dall'art. 19, quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

RITENUTO che l'iscrizione temporanea, ai sensi della normativa vigente, nell'elenco degli assistiti di un'azienda sanitaria locale da diritto a ricevere tutte le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, fatta eccezione per le prestazioni escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria;

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano convengono quanto segue:

- 1. Fermo restando quanto previsto dagli articoli 7 e 13 del d.P.R. 30 maggio 1989, n. 223, circa l'obbligo dei cittadini di effettuare l'iscrizione anagrafica nel Comune ove abitualmente risiedono, con le eccezioni previste dall'art. 8 del medesimo decreto, le aziende unità sanitarie locali provvedono all'iscrizione temporanea, in apposito elenco, dei cittadini non iscritti negli elenchi anagrafici del/dei Comune/i incluso/i nel proprio territorio, che vi dimorino abitualmente, per periodi superiori a tre mesi, per motivi attinenti all'attività di lavoro, per motivi di studio o per motivi di salute. L'iscrizione ha scadenza annuale ed è rinnovabile.*
- 2. Le Regioni e le Province autonome disciplinano le procedure per il riconoscimento del diritto all'iscrizione temporanea, prevedendo, in ogni caso, che l'azienda Usl che riceve la richiesta provvede all'iscrizione temporanea solo previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta dell'azienda Usl di residenza, e ne informa tempestivamente la Regione.*

2.3.3-PROPOSTA AL TAVOLO DI MANUTENZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SULLA DENSITOMETRIA OSSEA E CHIRURGIA REFRAATTIVA (ALLEGATO 2B, LETTERA B.)

Dall'esame dei singoli atti regionali risulta che, a differenza di altre prestazioni, esiste una sostanziale condivisione da parte della maggioranza delle Regioni relativamente alle condizioni di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva con laser a eccimeri. Tale considerazione potrebbe portare all'individuazione di un set minimo comune di indicazioni cliniche, anche al fine di consentire agli assistiti la scelta del luogo di cura sull'intero territorio nazionale. Si ritiene che tale tema sia di competenza del tavolo di manutenzione dei LEA e si rimanda a tale ambito per i necessari approfondimenti.

2.3.4. PROPOSTA DI RACCORDO CON ALTRI ORGANISMI A CARATTERE PERMANENTE CHE INTERVENGONO NEL SETTORE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.

Il Tavolo sottolinea l'esigenza che tutti gli organismi di carattere permanente che, con finalità specifiche e competenze diverse intervengono nel settore dei Livelli Essenziali di Assistenza, operino in stretta collaborazione, facendo sì che le decisioni assunte dai singoli organismi pervengano in modo formale a tutti gli altri organismi e comunque al Tavolo di monitoraggio dei LEA per esercitare le funzioni sopra richiamate di cui ai punti 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001 e 5.2 dell'accordo 22 novembre 2001.

3 Linee di sviluppo dell'attività del Tavolo

L'attività del tavolo sarà orientata a sviluppare le seguenti linee di attività generali, in coerenza con il proprio mandato:

1. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza erogati e grado di copertura garantito dalle singole Regioni:

1.1 Monitoraggio delle prestazioni e dei relativi costi previste nell'All. 1A del D.P.C.M. LEA relativo a:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. assistenza distrettuale. assistenza ospedaliera.
- 1.2 Stima del costo delle prestazioni aggiuntive che le Regioni stanno erogando o hanno deciso di erogare.

1.3 Analisi dei criteri e strumenti utilizzati per perseguire i livelli di appropriatezza delle prestazioni con particolare riferimento all'allegato 2C del D.P.C.M..

2. Verifica della corrispondenza dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza e la disponibilità finanziaria:

2.1 Rilevazione dei costi dei LEA al netto delle prestazioni aggiuntive garantite dalle Regioni.

3. Completamento delle linee di lavoro con approfondimento delle aree critiche di cui al punto 11 dell'accordo 22 novembre 2001:

- *Ufficiali di polizia giudiziaria;*
- *Agenzie regionali dell'ambiente;*
- *Visite fiscali;*
- *Assistenza sanitaria a stranieri non regolari.*

4. Attività permanente di osservatorio sull'impatto delle decisioni centrali concordate o non concordate sui costi dei fattori produttivi e dei Livelli Essenziali di Assistenza e provvedimenti normativi intervenuti (contratti di lavoro, liste di attesa, manutenzione delle prestazioni):

4.1 Attivazione di iniziative specifiche di monitoraggio in relazione a decisioni assunte a livello nazionale, avvalendosi o delle Amministrazioni partecipanti al Tavolo o di altre Regioni o Istituzioni.

- 4.2 Attività di promozione e sviluppo presso le Regioni degli esiti dei lavori del Tavolo di monitoraggio.
5. Evidenziazione di aree di criticità da portare all'attenzione degli altri tavoli e organismi che operano in materia di Livelli essenziali di Assistenza.
 6. Il Tavolo darà conto con una relazione semestrale dello svolgimento dei lavori.

Roma 15 aprile 2003

ALLEGATI ALLA RELAZIONE

- Allegato 1:** Tabella A – Sintesi dei provvedimenti adottati dalle Regioni in attuazione degli allegati 2A, 2B e 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Allegato 2:** Tabella B – Sintesi dei provvedimenti regionali di applicazione dell’Allegato 2B: lettere a), b), c) e d);
- Allegato 3:** Tabella C “Soglie di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell’allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, per Regioni;
-Tab. **1a** - Riepilogo per Regione – Ricoveri 43 DRG a rischio di inappropriatelyzza (Anno 2000);
-Tab. **1b** - Riepilogo ricoveri 43 DRG a rischio inappropriatelyzza – Italia (Anno 2000);
- Allegato 4:** Provvedimenti adottati dalle Regioni in materia di assistenza farmaceutica al 15 aprile 2003;
- Allegato 5:** Stralcio relazione Tavolo LEA del 1° agosto 2002;
- Allegato 6:** 6.1 Accordo Stato-Regioni rep. N. 1386 del 14 febbraio 2002, rettificato con atto dell’8 marzo 2002, rep. N. 1412;
6.2 Accordo Stato-Regioni rep. N. 1488 dell’11 luglio 2002;
- Allegato 7:** Tabella rilevazione dati visite fiscali;
- Allegato 8:** Scheda di rilevazione e documento del Tavolo sull’assistenza sanitaria agli stranieri non regolari;
- Allegato 9:** Sintesi dei primi provvedimenti regionali di prima attuazione dell’allegato 1C del D.P.C.M. 29 novembre 2001.

TABELLA A: Sintesi dei provvedimenti adottati dalle Regioni e Province autonome in attuazione degli allegati 2A, 2B e 2C del d.P.C.M. 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza							ALLEGATO 1
REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI				
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO	
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato		
Piemonte	D.G.R. n. 57 - 5740, 3/4/2002	Attuazione L. 405 e Recepimento DPCM 29/11/2001	Agopuntura con moxa revulsivante: fino al 30 giugno 2002 Certificazioni e accertamenti attività sportiva ai minorenni Certificazioni idoneità adozione Fornitura di ausili tecnici non inseriti nel nomenclatore tariffario, materiale d'uso e di medicazione, prodotti apoteici	Le prestazioni di elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, laserterapia sono erogate fino al 30 giugno 2002, con le modalità indicate dal Nomenclatore regionale in attesa di ulteriori indicazioni . Per le altre prestazioni di medicina fisica: indirizzi da individuare con successivo provvedimento, fino al 30 giugno tutto come ora.	Conferma degli Indirizzi già forniti con D.G.R. 11-4878/2001.	Introduce una quota di partecipazione per prestazioni improprie del Pronto Soccorso: definisce la lista delle prestazioni senza oneri e fissa due quote di partecipazioni per le altre: 30 Euro per solo visite, 50 Euro per visite + prestazioni diagnostiche o terapeutiche. Disciplina esenzioni, modalità di riscossione e monitoraggio. Entro 30 giugno la Regione adotta linee guida su appropriatezza prescrittiva, in relazione all'All.5 D.P.C.M.	
	D.G.R. n. 49-6478, 1/7/2002	Linee guida e percorsi terapeutici di recupero e rieducazione funzionale		Definisce indicazioni cliniche e criteri di accesso per la medicina fisica e riabilitazione (incluse 4 prest.lett. f All. 2A) nell'ambito di progetti riabilitativi			
	D.G.R. n. 70-6732, 22/7/2002	Rideterminazione tariffe DRG ai fini appropriatezza				Aggiorna le tariffe di assistenza ospedaliera per struttura tenendo conto della possibile conversione dei ricoveri in altri regimi assistenziali (DH, DS, Amb., Residenz.)	
	D.G.R.n. 29-8149 del 30/12/02	Prestazioni chirurgia refrattiva con laser a eccimeri (modifica prec.DGR)		Definisce le condizioni cliniche di erogazione della chirurgia refrattiva con laser a eccimeri			
Valle Aosta	D.G.R. 15/07/2002 n. 2594	Definizione dei LEA resi dal SSR ai sensi del DPCM 29/11/2001 e art. 34 legge 724/1994	Agopuntura: per nausea e vomito in gravidanza e per pazienti chemioterattati, per specifici progetti, previo parere della struttura competente	Assistenza odontoiatrica conservativa e cure ortodontiche (escluse protesi) per assistiti < di 16 anni con redditi inf. minimo vitale	Prevede la sostituzione del ricovero in d.h. per i DRG chirurgici e la riduzione del 10% dei DRG medici		

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
			Omeopatia in ambito materno infantile, per specifici progetti e su parere dell'autorità competente	Densitometria ossea nei contesti clinici indicati nell'allegato 2 della DGR citata		
			Chiroterapia per patologie della colonna vertebrale in toto	Medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale e laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia, elettrotroterapia antalgica, mesoterapia, nell'ambito di progetti riabilitativi individuali		
			Certificazioni mediche e accertamenti elencati in allegati 1 alla citata DGR (inclusa idoneità sportiva per minori, port.handicap, ultrasessantacinquenni e idoneità adozione)	Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri per pazienti con anisometropia >= 4 diottrie o intolleranti alle lenti		
	D.G.R. n.5191, 30/12/ 2002	Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza	Agopuntura: per nausea e vomito in gravidanza e per pazienti chemioterattati e per dolore muscolo scheletrico, per specifici progetti da approvare con D.G.R.	Assistenza odontoiatrica conservativa e cure ortodontiche (escluse protesi) per categorie definite	Prevede la sostituzione del ricovero in D.H. per i DRG chirurgici ad eccezione di casi individuati e la riduzione del 10% annuo (per tre anni) dei DRG medici	
			Omeopatia in ambito materno infantile, per specifici progetti da approvare con D.G.R. Chiroterapia per patologie della colonna vertebrale in toto	Densitometria ossea nei contesti clinici indicati nell'allegato 2 della DGR citata		
			Certificazioni mediche e accertamenti elencati in allegati 1 alla citata DGR (inclusa idoneità sportiva per minori, port.handicap, ultrasessantacinquenni e idoneità adozione)	Definisce modalità di erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale e laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia, elettrotroterapia antalgica, mesoterapia per specifiche condizioni		

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
			Fluoroprofilassi ai bambini; vaccini per allergie; latte artificiale per allergie; rimborso prodotti aproteici; rimborsi per dializzati, per trapiantati, terapia radiante e chemio; dispositivi protesici extranomenclatore e materiale medicazione; contributi per protesi dentarie e lenti da vista per reddito	Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri per pazienti con anisometropia >= 4 diottrie o intolleranti alle lenti		
Lombardia	D.G.R. n.8077, 18/2/ 2002	Recepimento DPCM 29/11/2001	Garantite le prestazioni lettera f) fino al 24 /4 se prenotate prima entrata in vigore DPCM	Criteri da individuare con successivo provvedimento	Rimandato a successivo provvedimento	Mandato alla Direzione sanità per predisposizione proposta applicativa Lea , aggiornamento Nomenclatore e accreditamento
	D.G.R. n.8078 , 18/2/ 2002	Indicazioni su modalità controllo prestazioni sanitarie anno 2002			Fissa criteri per controllo appropriatezza ed individua protocolli diagnostico-terapeutici	
	D.G.R. n.8632, 27/3/ 2002	Determinazioni certificazioni idoneità medico sportiva..	Garantisce certificazioni per minori di età e portatori di handicap			
	D.G.R. n.8866, 24/4/ 2002	Recepimento DPCM 29/11/2001, II° provvedimento	Proroga fino al 30 giugno erogazione prestazioni all. A, lettera f)	Proroga al 30 giugno individuazione criteri per tutti i punti all.2B		
	D.G.R. n. 9569, 28/6/ 2002	Recepimento DPCM 29/11/2001,terzo provvedimento	Proroga fino a successivo provvedimento prestazioni lettera f) ; conferma fino a fine dicembre gratuità certificazione e accertamenti idoneità sportiva a minori e portatori handicap			Accertamenti per idoneità sportiva per i maggiorenni, a totale carico dell'assistito
	D.G.R. n.77328, 11/12/ 2001	Interventi per malattie rare	Gratuità farmaci classe C agli affetti da malattie rare			

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	<i>Decreto n. 20180 del 28/10/02</i>	<i>Definizione obiettivi per l'appropriatezza dei ricoveri</i>			Definisce le soglie di ammissibilità in regime ordinario per DRG e i criteri di valorizzazione dei ricoveri inappropriati	
	<i>Circolare n. 47 11.11.02</i>	<i>Ulteriori determinazioni in materia di Lea</i>	Riserva le prestazioni lett. f) agli iscritti c/o le Asl lombarde	Assicura la laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia a tutti i richiedenti		
	<i>Circolare n. 51 27.11.02</i>	<i>Determinazioni in materia di Lea a favore di pazienti di altre Regioni</i>	Riserva le prestazioni lett. f) all. 2A e all. 2B agli iscritti c/o le Asl lombarde			
	<i>D.G.R. n. 7/11534 - 10.12.2002</i>	<i>Misure urgenti razionalizzazione della spesa sanitaria</i>				Esclude dai LEA prestazioni di Pronto Soccorso non urgenti (codice bianco) - contributo forfetario 35, o 50 Euro
	<i>D.G.R. n.11763 del 23/12/02</i>	<i>Promozione delle attività motorie</i>	Certificazioni idoneità pratica sportiva a minori e disabili			
Prov. Trento	<i>DGP 3276 23.12. 02</i>	<i>Recepimento DPCM 29.11.01 e linee guida provinciali</i>	Certificazioni idoneità pratica sportiva a minori e disabili e idoneità adozione e affidamento	Conferma odontoiatria con le modalità in vigore. Fissa presupposti e modalità erogative della med. fisica e riab. inclusa laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia. Individua condizioni per densitometria	Fissa le soglie di ammissibilità per i 43 DRG e dispone l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni già eseguite in DH.	Rinvia a successivo provvedimento la disciplina dell'odontoiatria. Garantisce l'erogazione del 2B ad assistiti di altre regioni previa assicurazione scritta dell'azienda di assumere l'onere
Prov. Bolzano	<i>L.P. 15.11.02 n. 14</i>	<i>Modifiche alla legge di riordino del Ssp n. 7/01</i>				La legge afferma che il SSP garantisce i LEA fissati a livello nazionale
Veneto	<i>D.G.R n.492, 8/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	Rieducazione funzionale in acqua erogabile con tariffe come asciutto; certificazioni e accertamenti idoneità sportiva: gratuiti età inferiore 18 anni	Laser terapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia prorogate fino 30/6 in attesa linee guida per inserimento in 2B; mesoterapia erogabile solo con indicazioni specificate.	Erogate fino ad adozione provvedimenti specifici che determinino soglie di ammissibilità	Costituzione gruppo di lavoro per indirizzi applicativi Decreto ; incarico ai Servizi regionali competenti , con medici Usl e Società scientifiche per contenuti e percorsi allegati 2B e 2C. Incarico Direzione Generale per definizione tariffe prestazioni escluse dai LEA.

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	D.G.R n.2227, 9.8.2002 e DGR n. 2413, 13.9.2002	Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative. Secondo provvedimento)	Alcune prestazioni socio sanitarie per nuclei familiari e disabili	Assistenza odontoiatrica: per l'età evolutiva, categorie vulnerabili (patologie e reddito) e per urgenze infettivo-antalgiche, secondo protocolli specifici. Elettroterapia antalgica, laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia e mesoterapia limitatamente a patologie specificate; per le altre prestazioni di medicina fisica sono definite modalità di accesso e criteri di priorità. Densitometria ossea e chirurgia refrattiva: individuazione di condizioni cliniche di erogabilità.	Definisce il valore percentuale soglia di ammissibilità; con successivo provvedimento saranno determinati i relativi abbattimenti tariffari	Il numero max prestazioni odontoiatriche per ricetta è ridotto da 8 a 4.
	D.G.R.n. 3972 del 30/12/02	DPCM 29/11/2001, Disposizioni applicative. Terzo provvedimento	Dispone il pagamento del ticket per gli "ulteriori accertamenti" richiesti per il rilascio idoneità pratica sportiva	Modifica l'elenco delle patologie per le quali è garantita l'assistenza odontoiatrica e modifica la tariffa annua del trattamento ortodontico (160 euro)		
Friuli VG	D.G.R. n. 2747, 29.7.2002	Provvedimenti urgenti in materia sanitaria	Certificati per patologie gravi, previsti dai CCNL; certificazioni idoneità sportiva per minori certificazioni idoneità adozione e affidamento contrassegni circolazione invalidi (in alcune ASL) esercizio assistito in acqua per specifiche indicazioni cliniche	Assistenza odontoiatrica secondo modalità previste da normativa regionale previgente; elettroterapia antalgica, laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia e mesoterapia limitatamente a patologie specificate; le altre prestazioni di medicina fisica sono erogate secondo modalità previgenti; densitometria ossea e chirurgia refrattiva: individua condizioni cliniche di erogabilità;	Definisce il valore soglia di appropriatezza in ricovero ordinario: DRG chirurgici 31%, DRG medici 41%. Per alcuni specifici DRG rinvia ad ulteriori approfondimenti	
Liguria	D.G.R.196 8/3/2002 D.G.R.396 24/4/2002 DGR 397 24/4/2002	Recepimento DPCM 29/11/2001	Certificazioni e accertamenti idoneità sportiva per età inferiore ai 18 anni Fornitura di prodotti aproteici fino al 30.06.2002	Laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia, mesoterapia		

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			AII.2A	AII.2B	AII.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	D.G.R. n. 839, 26.7.2002	Allegato 2B): attuazione indicazioni relative all'erogazione dei LEA		Per assistenza odontoiatrica rinvio alle condizioni del d.lgs. 502/1992; per medicina fisica e riab. fissa requisiti e modalità di prescrizione e di erogazione; per densitometria ossea e chirurgia refrattiva: fissa indicazioni cliniche		
Emilia R.	D.G.R. n. 295, 25/2/2002 e Ratifica del Consiglio del 27/3	Recepimento DPCM 29/11/2001	Certificazioni e accertamenti idoneità sportiva per età <18 aa Assegno di cura per anziani non autosufficienti Contributo per metodo DOMAN	Densitometria ossea e chirurgia refrattiva, già disciplinate; altro rimandato a successivo provvedimento	Rimanda a successivo provvedimento	
	D.G.R. n. 1365, 2/8/2002	Criteri di erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B		Assistenza odontoiatrica secondo modalità previste da normativa regionale previgente; individua le condizioni cliniche per densitometria ossea e ribadisce quelle per chirurgia refrattiva; per le prestazioni di medicina fisica e riab fissa presupposti, modalità di erogazione e condizioni cliniche, nell'ambito di programmi riabilitativi.		
	D.R.G. n.1492 2/8/02	Piano degli obiettivi 2002 per le Aziende sanitarie della RER			Prevede la riduzione del tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari superiori a 1 giorno per i 43 DRG, con riferimento al tasso medio regionale:4,5 per mille per i DRG chirurgici, 12 per mille per i DRG medici	
	D.G.R.n.2582 del 16/12/02	Tariffe di assistenza ospedaliera			Ridetermina le tariffe per le attività chirurgiche di cataratta e tunnel carpale in regime di degenza (ro e dh) e in regime ambulatoriale.	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
Toscana	D.G.R. n. 561 del 3/6/02	Determinazioni applicative DPCM	Circoncisione rituale maschile ; tutte le forme di agopuntura se nella terapia del dolore; certificazioni e accertamenti idoneità sportiva inf 18 e tutti gli esenti; certificazioni e accertamenti idoneità servizio civile e adozioni.	Massoterapia, fotoferesi e mesoterapia secondo le indicazioni del nomenclatore; elettroterapia, ultrasuonoterapia e laserterapia in attesa di approfondimenti. Laser ad eccimeri già disciplinato nel nomenclatore.	Rimandato a successivo provvedimento	
	D.G.R. n. 268 del 18/3/02	Modifica nomenclatore ambulatoriale			Inserisce a livello ambulatoriale alcune prestazioni chirurgiche in ambito oculistico (cataratta, trapianto cornea, altri) , chirurgia plastica, chirurgia vascolare, ortopedia tunnel carpale ed altri).	
	D.C.R. n. 60 del 9/4/2002	Piano Sanitario Regionale				Vedi specifico allegato prestazioni socio-sanitarie
	D.G.R. n. 771, 22/7/2002	Standard di distribuzione tra attività di ricovero e ambulatoriale			Fissa standard di ammissibilità in ricovero per le prestazioni inserite a livello ambulatoriale e criteri di remunerazione	
	D.G.R. n. 859, 5.8.2002	Indicazioni su appropriatezza delle prestazioni di ricovero			Fissa standard di ammissibilità per attività di ricovero a più alto rischio di inappropriatazza e criteri di remunerazione delle prestazioni	
Marche	Circolare n. 3653, 22/2/2002	Recepimento DPCM 29/11/2001				
	D.G.R. 1323, 16/7/2002	DPCM 29/11/2001, Indirizzi per l'attuazione della disciplina dei LEA	Accertamenti idoneità sportiva gratuiti per minori	Elettroterapia per specifiche indicazioni cliniche; prestazioni odontoiatriche, comprese quelle protesiche, per minori, disabili e ultrasessantacinquenni secondo modalità e tariffe vigenti; densitometria ossea e chirurgia refrattiva per specifiche indicazioni cliniche	Fissa standard di ammissibilità per attività di ricovero a più alto rischio di inappropriatazza	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	<i>D.G.R. 1407, 23/7/2002</i>	<i>Certificazioni di idoneità pratica sportiva</i>	Certificazione idoneità sportiva gratuita per minori e disabili			
Umbria	<i>D.G.R. n. 292, 13/3/ 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	Contributo per la pratica riabilitativa DOMAN; contributo per assistenza anziani non autosufficienti agopuntura per terapia del dolore	Per le 4 prestazioni spostabili nell'allegato 2B, si deciderà entro 30 giugno. Assistenza odontoiatrica fino a 14 a. ed a soggetti esenti (invalidi, pensionati, disoccupati); densitometria: rinvio a condizioni indicate da linea guida regionale; riabilitazione in base a progetti dello specialista; laser: rinvio a condizioni definite da delibera n. 210/2001	Rimanda a successivo provvedimento e comunque definizione di criteri e tariffe entro 30 giugno.	
	<i>D.G.R. n. 293, 13/3/ 2002</i>	<i>Approvazione documento istruttorio Linee indirizzo medicina sportiva, in relazione DPCM</i>	Accertamenti e certificazioni per idoneità sportiva ai minori e ai disabili; criteri e tariffe per visite idoneità			
	<i>D.G.R. n. 893, 3/7/2002</i>	<i>Criteri e modalità di erogazione prestazioni medicina fisica e riabilit.</i>		Per la medicina fisica e riab. stabilisce tipologie di utenza, modalità di presa in carico, criteri di appropriatezza nell'ambito di progetti riabilitativi individuali		
	<i>D.G.R. n. 1461, 23/10/2002</i>	<i>Erogazione prodotti dietetici ai nefropatici cronici</i>	Erogazione prodotti dietetici per importo mensile 90 Euro (partecipazione del cittadino 0,50 Euro a confezione)			
	<i>D.G.R.n. 1502 30/10/2002</i>	<i>Aggiornamento tariffario prestazioni in regime di ricovero</i>			Prevede la riduzione dei ricoveri dei 43 DRG (chirurgici del 20%, medici del 40% - con alcune eccezioni) e riduce le relative tariffe	
Lazio	<i>D.G.R. n. 255, 1/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>		Laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia incluse nel 2B Indicazioni all. 2B rinviate a successivo provvedimento	Rinvia a successivo provvedimento	Rinvia a successivo provvedimento aggiornamento nomenclatore tariffario; da mandato all'Agenzia per adeguamento sistema informativo ambulatoriale

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	<i>D.G.R. n. 310, 8/3/2002</i>	<i>LEA- Allegato 2B</i>		Le prestazioni all.2B (comprese quelle trasferite dal 2A) continuano ad essere erogate come prima fino al 30 giugno		
	<i>D.G.R.n. 696, 32/5/2002</i>	<i>Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra</i>	Contributi economici ex ONIG			
	<i>D.R.G. del 28 giugno 2002 n. 863</i>	<i>Livelli Essenziali di Assistenza: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B DPCM 29 /11/01</i>		Prestazioni medicina fisica e riab. erogate come prima sino al 30 ottobre 2002; odontoiatria e chirurgia refrattiva confermate le attuali modalità di erogazione; densitometria ossea definite le condizioni cliniche		
	<i>D.R.G. del 28 giugno 2002 n. 864</i>				Recepimento con individuazione di soglie di ammissibilità specifiche secondo i criteri di appropriatezza (Metodo APPRO)	
	<i>D.G.R. n. 1431, 31.10.2002</i>	<i>Individuazione criteri di erogazione prestazioni Allegato 2B - ass. odontoiatrica - med fisica e riab</i>		Prestazioni odontoiatriche: conferma le modalità vigenti; fissa indicazioni cliniche per l'erogazione di elettroterapia, laserterapia, mesoterapia e ultrasuoni, nell'ambito di progetto riabilitativo individuale; per le altre prestazioni di med fis e riab rinvia l'individuazione delle condizioni di erogabilità a successivo provvedimento		
Campania	<i>D.G.R. n. 1082, 15/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>		Laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia, mesoterapia, in 2B. Indicazioni all. 2B rinviate a successivo provvedimento	Rinviato a successivo provvedimento	Da mandato a una Commissione tecnica per individuare criteri 2B e 2C; In seguito verranno disciplinate modalità erogazione e tariffe di Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia
	<i>D.G.R. n.6490 30/11/2001 in corso di acquisizione</i>	<i>Direttive concernenti appropriatezza ricovero</i>			Identifica DRG trasferibili in Day surgery, con percentuale attesa di casistica e modifica relative tariffe	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	D.G.R. n. 3890, 2/8/2002	Compartecipazione spesa sociosanitaria				Vedi specifico allegato prestazioni socio-sanitarie
	D.G.R. n. 4845, 25/10/2002	allegato B DPCM - Individuazione percorsi specifici ed indicazioni cliniche per l'erogabilità in modo appropriato di alcune prestazioni ambulatoriali; modifica nomenclatore		Prestazioni odontoiatriche: conferma le modalità vigenti e rinvia a successivo provvedimento la definizione dei criteri di erogazione. Fissa indicazioni cliniche per l'erogazione di laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia. Individua le condizioni cliniche per densitometria ossea e per chirurgia refrattiva.		Recepimento criteri e proposte Commissione tecnica per il calcolo delle soglie di ammissibilità in ricovero ordinario relative ai DRG allegato 2C DPCM
	D.G.R. n. 4847, 25/10/2002	Determinazioni valori soglia e modalità erogative dei DRG allegato 2C DPCM			Individua i valori soglia di ammissibilità in ricovero ordinario e modalità di remunerazione per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza	
	D.G.R. n. 6467 del 30/12/02	Indirizzi di programmazione per un sistema integrato di di interventi socio-sanitari				Vedi specifico allegato prestazioni socio-sanitarie
Abruzzo	D.G.R. n. 152, 22/3/2002; D.G.R. n.413 del 14/6/02	Recepimento DPCM 29/11/2001, primi provvedimenti. Rettifiche e integrazioni.		Laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia in 2B; La Giunta individua criteri di erogazione entro 30 giugno; tutte le prestazioni dell'allegato, comprese odontoiatriche, possono essere effettuate entro 30 giugno; le prenotazioni per effettuazione oltre tale data sono sospese, salvo urgenze.	Rinvia a successivo provvedimento da effettuarsi entro 30 giugno.	Rinviato a successivo provvedimento l'aggiornamento del Nomenclatore ambulatoriale.
	D.G.R. n. 659, 1/8/2002	Definizione dei livelli		Proroga al 31 ottobre individuazione criteri di erogazione		
Molise	D.G.R. n. 1187, 29/07/2002	DPCM 29/11/2001. Provvedimenti	Accertamenti e certificazioni per idoneità sportiva ai minori e ai disabili;	Laserterapia, elettroterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia in 2B, alle previgenti condizioni cliniche		

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
Puglia	D.G.R. n. 310, 8/4/2002	Recepimento DPCM 29/11/2001		Rinviato a successivo provvedimento	Rinviato a successivo provvedimento	Costituzione gruppo lavoro per all.1 mandato all'ARES di predisporre, con apporto tecnici, documenti con indicazioni cliniche per 2B e 2C
	D.G.R. n. 1073, 16 luglio 2002	Documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per il 2002 (DIEF-SAN 2002) ed Obiettivi Funzionali per la programmazione Triennale 2002-2004		Fissa le indicazioni clinico-diagnostiche per l'erogazione della chirurgia refrattiva con laser a eccimeri	Fissa i valori soglia di appropriatezza e introduce modalità di penalizzazione per trattamenti non adeguati sui 43 DRG ad alto rischio di inapproprietezza	
	L.R. n. 20, 9/12/2002	Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2002	Certificazione idoneità sportiva gratuita per minori			
	D.G.R. n. 2242, 23/12/2002	Criteri e modalità erogazione prestazioni all. 2b		Laserterapia, ultrasuonoterapia, elettroterapia, mesoterapia in 2B; per tutta la medicina fisica individua indicazioni cliniche, intervalli di tempo e durata minima prestazioni; fissa criteri di erogabilità per la densitometria ossea; conferma le indicazioni per chirurgia refrattiva; identifica per l'odontoiatria gli aventi diritto e le prestazioni.		
Basilicata	D.G.R. n. 366, 4/3/2002	Direttiva vincolante per la gestione delle ASL;	Certificazioni attività sportive per tutti i residenti	Limita le prestazioni di odontoiatria, densitometria e chirurgia refrattiva ai casi indicati dal DPCM; per la medicina fisica e riab. rinvia alle linee guida DGR 14.1.02 n. 39	Fissa i valori soglia di appropriatezza e i criteri di remunerazione per i ricoveri inappropriati	
	D.G.R. n. 1063, 17/6/2002	Assistenza integrativa agli invalidi di guerra e per servizio	Conferma prestazioni economiche exONIG			

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	<i>DRG 1691 e 1692 del 23/9/02</i>	<i>Benefici economici agli affetti da patologie croniche</i>				
	<i>DGR n.1306 22/7/2002 e DGR n. 1762 30/9/2002</i>	<i>Applicazione DPCM per medicina fisica e riabilitazione</i>		Definisce le condizioni e le modalità di erogazione della medicina fisica e riabilitazione (incluse laserterapia, ultrasuoni, elettroterapia)		
Calabria	<i>DGR 233 del 19 marzo 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto "definizioni dei livelli essenziali di assistenza"</i>		Laserterapia, ultrasuonoterapia, elettroterapia, mesoterapia in 2B; prestazioni 2B erogate fino all'adozione di provvedimenti che fisseranno indicazioni cliniche specifiche	Erogate sino all'individuazione dei valori soglia	
	<i>DGR 8 luglio 2002 n. 591</i>	<i>Livelli essenziali di assistenza: Individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2 c del DPCM 29/11/2001</i>			Individuazione dei valori soglia di ammissibilità ricovero ordinario e modalità di remunerazione	
	<i>D.G.R. 8 luglio 2002 n. 593</i>	<i>Livelli essenziali di assistenza di cui all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001</i>		Odontoiatria, densitometria, medicina fisica: conferma erogazione secondo modalità vigenti fino a successivo provvedimento		Istituzione gruppo lavoro per definizione indicazioni cliniche per All. 2B

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	<i>D.G.R. n.263, 21.10.2002</i>	<i>Livelli essenziali di assistenza</i>		Fissa criteri di erogabilità per la densitometria ossea; conferma le indicazioni per chirurgia refrattiva; prestazioni odontoiatriche e maxillo facciale erogate a carico del Ssr in favore dei minori di anni 18, e dei soggetti con patologie individuate Modifica il nomenclatore per la medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale, fissando i tempi di durata delle prestazioni, raccomandazioni e riferimenti per l'erogazione delle prestazioni. Esclude l'erogazione delle prestazioni di laserterapia, ultrasuoni, elettroterapia e mesoterapia.		
Sicilia	<i>Decreto Assessore Sanità n. 01062 del 27/6/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>		Fissa indicazioni cliniche per densitometria ossea e laser ad eccimeri. Per la riabilitazione, l'attività è prevista solo nell'ambito di percorsi terapeutici (9 percorsi), per i quali si definiscono durata e frequenza dei trattamenti, superando di fatto le singole prestazioni del nomenclatore.	Identifica quote tendenziali per il triennio di casi in Day hospital, day surgery, one day surgery e relative tariffe per i 43 DRG più alcuni a definizione regionale.	
Sardegna	<i>D.G.R. 7/5/2002, n.14/9; D.G.R. 21/10/02, n.34/35</i>	<i>Recepimento DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"</i>	Conferma in via transitoria - fino al 31/12/2002 - l'erogazione delle prestazioni di cui agli allegati 2A lett.f), 2B e 2C, impegnando l'Assessorato all'adozione di provvedimenti specifici.			

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI			
			All.2A	All.2B	All.2C	ALTRO
			Prestazioni totalmente escluse dai LEA (tuttora erogate a liv reg)	Prestazioni Parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche	Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato	
	D.G.R. 20/12/02 n. 43/9	Disposizioni attuative del DPCM 29/11/02 di Definizione dei LEA	Certificazione idoneità sportiva gratuita per minori e disabili Prodotti dietetici ai nefropatici cronici e agli affetti da altre patologie croniche	Prestazioni odontoiatriche: conferma le modalità vigenti e rinvia alle modifiche del nomenclatore della specialistica ambulatoriale.. Individua le condizioni cliniche per densitometria ossea e per chirurgia refrattiva (aggiornando le tariffe amb.). Fissa indicazioni cliniche, tempi di erogazione e di ripetibilità di laserterapia, elettroterapia e ultrasuonoterapia; prevede che la med. fisica e riabilitativa sia erogata nell'ambito di progetti riabilitativi individuali, in attesa di linee guida da emanare entro 90 gg.	Individua i valori soglia di ammissibilità in ricovero ordinario per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, precisando per ciascun DRG le condizioni cliniche, personali e sociali che giustificano il ricovero ordinario.	

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		a) assistenza odontoiatrica	
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni	
Valle Aosta	D.G.R. n.2594 15.7.2002 (Definizione dei LEA resi dal SSR..)	1) <u>assistenza odontoiatrica conservativa e cure ortodontiche (escluse le protesi)</u> limitatamente agli assistiti con età inferiore a 16 anni, il cui reddito familiare sia inferiore al minimo vitale, come definito dall'art. 3 della L.R. 27 maggio 1994, n. 19 e succ. mod. 2) <u>assistenza odontoiatrica conservativa</u> limitatamente agli assistiti il cui reddito familiare sia inferiore al minimo vitale, come definito dall'art. 3 della L.R. 27 maggio 1994, n. 19 e succ. mod.	
	D.G.R. n.5191 30.12.2002 (nuova definizione dei LEA)	1) <u>assistenza odontoiatrica conservativa e cure ortodontiche (escluse le protesi)</u> limitatamente agli assistiti con età inferiore a 16 anni, il cui reddito familiare sia inferiore al doppio del minimo vitale, come definito dall'art. 3 della L.R. 27 maggio 1994, n. 19 e succ. mod. 2) <u>assistenza odontoiatrica conservativa</u> limitatamente agli assistiti il cui reddito familiare sia inferiore al doppio del minimo vitale, come definito dall'art. 3 della L.R. 27 maggio 1994, n. 19 e succ. mod. 3) assistenza odontoiatrica conservativa (escluse le protesi) per gravi deficit immunologici e infezioni recidivanti e ai sieropositivi di HIV.	
Veneto	D.G.R n.2227, 9.8.2002 (Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative. Secondo provvedimento). DGR n.3972 del 30/12/2002 (Disposizioni applicative. Terzo provvedimento)	(dal 1 novembre 2002) Limitatamente a tre diverse categorie nell'ambito delle quali le prestazioni sono erogabili secondo protocolli specifici: 1) Tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva: prestazioni specifiche (individuate) per prevenzione e trattamento carie (fino a 16 aa.), ortognatodonzia (fino a 12 aa.), trattamento non chirurgico delle paraodontopatie (fino a 16 aa.); 2) Assistenza odontoiatrica e protesica (prestazioni attualmente previste) a: soggetti in nuclei con redditi < 8500 euro, affetti da alcune patologie croniche e rare, grandi invalidità e handicap; 3) Urgenze infettive antalgiche per lesioni cariose, traumatiche, da patologie parodontali; a tutti gli assistiti specifiche prestazioni (individuate) esclusa terapia protesica.	Il numero max prestazioni per ricetta è ridotto da 8 a 4; partecipazione annua fissa per trattamento ortodontico di € 160,00 (oggi 36,15); le spese di laboratorio e materiale sono a carico dell'utente; per riparazione apparecchio partecipazione di € 30,00 (oggi 26,75).
Liguria	D.G.R. 839, 26.7.2002 (Allegato 2B): attuazione indicazioni relative all'erogazione dei LEA)	1) Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (non specificata) 2) Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità (non specificate le prestazioni e i destinatari)	

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		a) assistenza odontoiatrica
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Umbria	D.G.R. n. 292, 13.3.2002 (Recepimento del D.P.C.M.)	Per gli assistibili fino a 14 anni di età e le seguenti categorie vulnerabili: - invalidi civili >75%, invalidi di guerra dalla I alla V cat., invalidi del lavoro > 2/3 - ciechi assoluti, ciechi e sordomuti con indennità di comunicazione e, ai sensi dell'art.1 c. 3 della legge 724/94: - i pensionati sociali, pensionati al minimo e disoccupati - loro familiari, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo < € 8264 (16), elevato a € 11361 (22) in presenza del coniuge e di € 517 (1) per ogni figlio a carico
Marche	DGR n. 1323, 16.07.2002	Prestazioni odontoiatriche, ivi comprese quelle protesiche, a carico del Ssr erogate in favore dei minori di anni 18, dei disabili e dei maggiori di anni 65, secondo le modalità, i limiti e le tariffe già in uso.
Puglia	D.G.R. n. 2242, 22.12.2002 (criteri e modalità erogazione prestazioni all. 2B)	Limitatamente a tre diverse categorie nell'ambito delle quali le prestazioni sono erogabili secondo protocolli specifici: 1) Tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva: prestazioni specifiche (individuate) per prevenzione e malattia cariosa e sequele (fino a 16 aa.), trattamento non chirurgico delle paraodontopatie (fino a 16 aa.); 2) Assistenza odontoiatrica e protesica (prestazioni attualmente previste) a: soggetti in nuclei con redditi < 16000 euro, ultrasessantacinquenni con reddito fino a 24000 euro, soggetti con handicap gravi, malattie rae, neoplasie orali, AIDS;
Calabria	D.G.R. n. 263, 21.10.2002 (livelli essenziali di assistenza)	Prestazioni odontoiatriche e maxillo facciali erogate a carico del Ssr in favore dei minori di anni 18, e dei soggetti con patologie individuate 1) elenco prestazioni: visita, igiene orale e paradontologia, chirurgia e piccola chirurgia, endodonzia conservativa, pronto soccorso endodontico, trattamenti protes. gnatologia; 2) elenco di malattie e condizioni
Sardegna	D.G.R. n. 43/9, 20.12.2002 (disposizioni attuative del DPCM 29/11/01)	Conferma l'erogabilità delle prestazioni previste dal Nomenclatore della specialistica ambulatoriale fino alla sua revisione da parte del Ministero della salute

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Valle Aosta	<p>D.G.R. n.2594 15.7.2002 (Definizione dei LEA resi dal SSR..)</p> <p>D.G.R. n.5191 30.12.2002 (nuova definizione dei LEA)</p>	<p><u>densitometria ossea</u> nei seguenti contesti clinici:</p> <p>1) Donne in amenorrea postmenopausale da almeno sei mesi con importanti fattori di rischio:</p> <p>a) familiarità materna per fratture di femore b) forte fumatrice c) forte bevitrice d) bassa massa corporea (BMI inferiore a 19) e) terapia corticosteroidea (prednisolone superiore a 5 mg/Kg/die o equivalenti di altri corticosteroidi) per un periodo uguale o superiore a sei mesi f) terapia con eparina, antiepilettici per un periodo uguale o superiore a sei mesi g) terapia con tiroxina o con analoghi GN-RH h) sindrome da malassorbimento o importanti carenze alimentari i) precedenti episodi di amenorrea per un periodo uguale o superiore a 12 mesi j) prolungata immobilizzazione</p> <p>2) Donne in menopausa, nel caso in cui la decisione di trattamento ormonale sostitutivo di lunga durata sia condizionato dall'esito dell'indagine.</p> <p>3) Donne in postmenopausa precoce o chirurgica con età inferiore a 45 anni, in presenza di oggettiva impossibilità di praticare la terapia ormonale sostitutiva, ma con fattori di rischio potenzialmente modificabili</p> <p>4) Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria (ipercortisolismo, ipogonadismo, iperparatiroidismo, insufficienza renale cronica, ed altri)</p>
Provincia di Trento	<p>D.G.P. n. 3276 del 23 . 12 2002 (Livelli essenziali di assistenza: recepimento DPCM 29. 11. 2001 e linee guida provinciali)</p>	<p>Condizioni di erogazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - donne in amenorrea post-menopausale da almeno 6 mesi con fattori di rischio potenzialmente modificabili; - donne in menopausa in cui l'esecuzione dell'esame serve da supporto per decidere se instaurare una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata; - donne in menopausa precoce (prima dei 45 anni) che non assumono terapia ormonale o se questa è controindicata; - donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Veneto	D.G.R n.2227, 9.8.2002 (Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative.Secondo provvedimento)	(dal 1 ottobre 2002) - menopausa precoce (<45 anni) - in previsione di prolungati (>3 mesi) trattamenti corticosteroidi (>5mg/die di prednisone equivalenti) - donne in postmenopausa con anamnesi familiare positiva per fratture da fragilità prima dei 75 anni di età - riscontro radiologico di osteoporosi - donne in postmenopausa con ridotto peso corporeo (<57Kg) o indice di massa corporea <19 Kg/m2 - condizioni associate ad osteoporosi di cui all'allegato 3 al presente provvedimento - precedenti fratture da fragilità - donne di età >65 anni sono escluse dai LEA, per mancanza di indicazioni cliniche, le prestazioni 88.99.3 (total body) e 88.99.5 (ultrasuoni - talla)
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. n. 2747, 29.7.2002(Provvedimenti urgenti in materia sanitaria)	Esame appropriato quando il risultato serve a prendere decisioni riguardo alla terapia. -- pazienti in trattamento corticosteroidico prolungato in atto (>0 = a 7,5mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi per più di 6 mesi). Controllo a non meno di 6 mesi. -- donne in postmenopausa, che non siano in terapia ormonale sostitutiva e che abbiano almeno un fattore di rischio aggiuntivo: - menopausa precoce (<45 anni) - anamnesi familiare di fratture di traum non efficienti - indice di massa corporea <19 - condizioni patologiche suscettibili di alterare significativamente la densità minerale ossea (es endocrinopatie, malassorbimento, malattie croniche di fegato). Controllo a non meno di 2 anni.
Liguria	D.G.R. 839, 26.7.2002 (Allegato 2B): attuazione indicazioni relative all'erogazione dei LEA)	1) Menopausa precoce (≤45 anni) 2) In previsione di prolungati (>3 mesi) trattamenti corticosteroidi (>5 mg/die di prednisone equivalenti) 3) Donne in postmenopausa con anamnesi familiare positiva per fratture non dovute a traumi efficienti e verificatesi prima dei 75 anni di età 4) Donne in postmenopausa con ridotto peso corporeo (<57 Kg) o indice di massa corporea <19 Kg/m2 5) Pregresso riscontro di osteoporosi (con indagine radiologica e/o densitometrica) 6) Condizioni associate ad osteoporosi (vedi elenco) 7) Precedenti fratture non dovute a traumi efficienti 8) Donne di età >65 anni ed in menopausa da almeno 10 anni Un eventuale controllo densitometrico è giustificato solo dopo un intervallo di 12 mesi, in caso di positività di un precedente controllo densitometrico.

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Emilia Romagna	D.G.R. n. 1365, 2/8/2002 (<i>Criteria di erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B</i>)	<p>Controlli non inferiori a 24 mesi</p> <p>1. Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> · morbo di Cushing, · malassorbimenti intestinali (celiachia), · malattie infiammatorie intestinali (M. di Crohn), · ipogonadismo primitivo, · ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo, · epatopatie colestatiche, · insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche, · soggetti sottoposti a trapianto. <p>2. Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> · cor ticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti), · tiroxina (ad alte dosi soppressive), · antiepilettici (fenitoina, fenobarbital), · farmaci antiretrovirali, · farmaci che inducono ipogonadismo, · eparina. <p>3. Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica:</p> <ul style="list-style-type: none"> · amenorrea primaria non trattata, · ovariectomia bilaterale precoce, · amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa., · menopausa precoce (< 45 anni). <p>4. Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata.</p> <p>a. Nutrizione: inadeguata assunzione di Calcio e vitamina D; peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea <19 kg/m²),</p> <p>b. Stili di Vita riferiti a scarso esercizio fisico o immobilità prolungata; fumo (> 20 sig/die); abuso di alcool (etilismo),</p> <p>c. Assunzione di Farmaci: vedi quelli indicati al precedente punto</p> <p>5. Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.</p>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Umbria	D.G.R. n. 292, 13.3.2002 (Recepimento del D.P.C.M.)	<p>(estratto da Linee guida regionali su "Osteoporosi primaria" - DGR n. 1671 del 29.12.2000 non disponibile)</p> <p>Indicazioni alla esecuzione di una densitometria ossea (DEXA) a scopo diagnostico o di monitoraggio del trattamento</p> <p>1. PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO RILEVANTI PER OSTEOPOROSI</p> <ul style="list-style-type: none"> · Deficit estrogenico: menopausa precoce (<45 anni) amenorrea secondaria prolungata (>1 anno) ipogonadismo primitivo · Terapia corticosteroidea: prednisolone >7.5mg/die (o equivalenti) per 6 mesi o più · Terapia prolungata con antiepilettici e eparine · Familiarità materna per frattura di femore · Bassa massa corporea (<19 Kg/m²) · Altre condizioni associate ad osteoporosi: anoressia nervosa sindrome da malassorbimento iperparatiroidismo primitivo trapianti insufficienza renale cronica ipertiroidismo prolungata immobilizzazione sindrome di Cushing <p>2. EVIDENZA RADIOLOGICA DI OSTEOPENIA E/O DEFORMITATM VERTEBRALE</p> <p>3. PREGRESSA FRATTURA DA FRAGILITATM (specie di femore, rachide o polso)</p> <p>4. RIDUZIONE DELLTM ALTEZZA CORPOREA E/O CIFOSI TORACICA CON DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA DI DEFORMITATM VERTEBRALE</p> <p>Nota: in presenza di alcuni di questi fattori la DEXA non è richiesta a scopo diagnostico (es. pregresse fratture da fragilità, etc), ma è indicata per monitorare gli effetti del trattamento.</p>
Marche	DGR n. 1323, 6.07.2002	<p>1) Ipogonadismo o menopausa precoce <45 anni</p> <p>2) Prolungati (>6 mesi) trattamenti con corticosteroidi (>5 mg/die di prednisone equivalenti)</p> <p>3) Anamnesi familiare positiva per fratture di fragilità (di femore, vertebrali o del polso <75 anni)</p> <p>4) Riscontro radiologico di osteoporosi</p> <p>5) Basso peso corporeo (<57 Kg) o indice di massa corporea <19 Kg/m²</p> <p>6) Patologie associate ad osteoporosi</p> <p>7) Precedenti fratture da fragilità</p> <p>8) Donne di età >65 anni</p>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Lazio	D.G.R. n. 863, 28.6.2002 <i>(individuazione criteri di erogazione prestazioni Allegato 2B)</i>	<p><u>Raccomandazioni generali</u> (cfr. DRG) <u>USI APPROPRIATI</u> 1) Donne in amenorrea postmenopausale da almeno sei mesi con importanti fattori di rischio potenzialmente modificabili 2) Donne in menopausa, in cui l'esecuzione dell'esame serva da supporto per decidere se instaurare una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata 3) Donne in menopausa precoce (prima dei 45 anni) che non assumono terapia ormonale sostitutiva o se questa è controindicata 4) Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria (es. assunzione di corticosteroidi sistemici per malattie croniche per periodi di tempo prolungati - anni - eccetto coloro che assumono corticosteroidi topici per la terapia dell'asma; ipogonadismo, iperparatiroidismo, etc.)</p>
Campania	D.G.R. n. 4845, 25.10.2002 <i>(Individuazione percorsi e indicazioni specifiche- Modifica nomenclatore)</i>	<p><u>ammissibile nei LEA:</u> -- a donne in amenorrea post-menopausale da almeno sei mesi con fattori di rischio potenzialmente modificabili; -- a donne in menopausa quando l'esame serva da supporto per decidere se instaurare una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata; -- a donne in menopausa precoce che non assumono terapia ormonale o se questa è controindicata; -- a uomini con sospetta osteoporosi secondaria.</p> <p><u>non ammissibile nei LEA:</u> -- a donne in terapia ormonale sostitutiva; -- a donne in terapia con alendronato; -- a donne e uomini con osteoporosi accertata; -- a donne e uomini che assumono corticosteroidi topici per la terapia dell'asma; -- a donne e uomini ultrasettantenni.</p> <p>L'esame densitometrico non deve essere ripetuto prima dei due anni. L'esame densitometrico non è raccomandato a pazienti in terapia ormonale sostitutiva od in terapia con alendronato</p>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Puglia	D.G.R. n. 2242, 22.12.2002 (<i>criteri e modalità erogazione prestazioni all. 2B</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - menopausa precoce (<45 anni) - in previsione di prolungati (>3 mesi) trattamenti corticosteroidi (>5mg/die di prednisone equivalenti) - donne in postmenopausa con anamnesi familiare positiva per fratture da fragilità prima dei 75 anni di età - riscontro radiologico di osteoporosi - donne in postmenopausa con ridotto peso corporeo (<57Kg) o indice di massa corporea <19 Kg/m² - condizioni associate ad osteoporosi di cui all'allegato 3 al presente provvedimento (<i>mancante</i>) - precedenti fratture da fragilità - donne di età >65 anni <p><i>sono escluse dai LEA, per mancanza di indicazioni cliniche, le prestazioni 88.99.3 (total body) e 88.99.5 (ultrasuoni - patella)</i></p>
Calabria	D.G.R. n. 263, 21.10.2002 (<i>livelli essenziali di assistenza</i>)	<p><u>Criteri guida per l'appropriatezza</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Donne in amenorrea postmenopausale da più sei mesi con fattori di rischio potenzialmente modificabili 2) Donne in menopausa, in cui l'effettuazione dell'esame serva da supporto nella decisione dell'eventuale instaurazione di una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata 3) Donne in menopausa precoce (al di sotto dei 45 anni) che non possono essere sottoposte a terapia ormonale sostitutiva o se questa è controindicata 4) Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria <p>Fattori di rischio: familiarità fortemente positiva, menopausa precoce o chirurgica, insufficienza ovarica, malattie osteopenizzanti, assunzione prolungata di farmaci osteopenizzanti, struttura corporea e stili di vita.</p>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		b) densitometria ossea
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Sicilia	D.A. n. 1062 del 27.6.2002 (Disposizioni di attuazione dei LEA)	<p>1) Ipogonadismo e/o menopausa precoce (<45 anni) e chirurgica o chimica. Amenorrea prolungata</p> <p>2) Trattamenti prolungati (> 6 mesi) corticosteroidi (> 5 mg/die di prednisone equivalenti)</p> <p>3) Trattamenti prolungati (> 3 mesi) con i seguenti farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenitoina - Fenobarbital - Eparina e analoghi - Terapia anticoagulanti analoghi <p>4) Storia familiare (parentela di 1° grado) di fratture di femore e vertebrali</p> <p>5) Riduzione dell'altezza del corpo vertebrale ≥4 mm</p> <p>6) Indice di massa corporea <19 Kg /m</p> <p>7) Endocrinopatie limitatamente a Iperparatiroidismo, morbo o sindrome di Cushing e malassorbimento</p> <p>8) Precedenti fratture da fragilità (limitatamente a femore, colonna vertebrale, polso)</p> <p>Controlli successivi Un nuovo controllo densitometrico è consigliabile solo dopo un intervallo di 18 mesi, in presenza di precedente referto patologico con T-Score > 1 DS"</p>
Sardegna	DGR n. 43/9, del 20.12. 2002 (disposizioni attuative del DPCM 29 novembre 2001)	<p><u>Indicazioni cliniche per l'erogazione della prestazione:</u></p> <p>1) Donne in amenorrea postmenopausale da almeno sei mesi con fattori di rischio potenzialmente modificabili</p> <p>2) Donne in menopausa, in cui l'effettuazione dell'esame serve da supporto per decidere se instaurare una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata</p> <p>3) Ipogonadismo e/o menopausa precoce (prima dei 45 anni) che non assumono terapia ormonale sostitutiva o se questa è controindicata. Amenorrea prolungata (>1 anno)</p> <p>4) Storia familiare (parentele di primo grado) di fratture di femore e vertebrali</p> <p>5) Riduzione dell'altezza del corpo vertebrale 4 mm.</p> <p>6) Indice di massa corporea <19/Kg/m</p> <p>7) Endocrinopatie limitatamente a ipertiroidismo, iperparatiroidismo, morbo di Cushing e malassorbimento</p> <p>8) Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria (es: assunzione di corticosteroidi sistemici - >5mg/die di prednisone equivalenti - per malattie croniche per periodi di tempo prolungati ->6 mesi- eccetto coloro che assumono corticosteroidi topici per la terapia dell'asma; ipogonadismo, iperparatiroidismo, ecc.)</p>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		c) medicina fisica e riabilitazione (*)
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Piemonte	D.G.R. n.49-6478 1.7.2002 (<i>linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale</i>)	allegato 1 alla DGR: Individua 6 categorie di disabilità da trattare secondo tre livelli di specializzazione (base, specializzata, alta specializzazione). Per ciascuna categoria è predisposto un progetto con la definizione del regime di erogazione (la disabilità 1 in regime di ricovero, le altre in regime ambulatoriale), delle prestazioni (quelle previste dal nomenclatore regionale, incluso elettrot, laserter, ultrasuon mesoterapia), dei tempi di erogazione, di criteri di esclusione e criteri di associazione di terapia fisica. Definisce il percorso per l'accesso alle prestazioni riabilit attraverso il medico di medicina generale e il fisiatra che formula il progetto riabilitativo individuale sulla base dei progetti per categoria.
Provincia Autonoma Trento	D.G.R. n. 3276 del 23/12/2002 (<i>Livelli essenziali di assistenza: recepimento DPCM 29. 11. 2001 e linee guida provinciali</i>)	Definisce le indicazioni cliniche per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (inclusa elettroterapia, laserterapia, ultrasuoni, mesoterapia) fissando la durata delle prestazioni, la finalità e il contesto erogativo, la possibilità di associazione con altre terapie e il numero massimo di distretti corporei trattabili nello stesso ciclo.
Veneto	D.G.R n.2227, 9.8.2002 (<i>Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative.Secondo provvedimento</i>)	<i>allegato 3 alla DGR</i> Definisce le indicazioni cliniche per le prestazioni di elettroterapia, laserterapia, ultrasuoni, mesoterapia. Per l'accesso alle prestazioni riabilit ambulatoriali (inclusa lett f) definisce un percorso: il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o lo specialista di altra branca prescrive visita fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione; il fisiatra definisce specifico progetto/programma) Definisce classi di priorità degli accessi alla medicina fisica e riabilitazione e rimanda a successivo atto indicazioni specifiche.
Liguria	D.G.R. 839, 26.7.2002 (<i>Allegato 2B): attuazione indicazioni relative all'erogazione dei LEA</i>)	<i>allegato 2 alla DGR</i> le prestazioni riabilitative all. 2B e 2A sono erogabili a carico del Ssr per finalità di recupero funzionale nell'ambito di: - una condizione post-acuta o di riacutizzazione (da non oltre 90 gg. dall'esordio) - esiti modificabili da immobilizzazione causati da un ritardo dell'intervento di recupero - una ulteriore perdita funzionale conseguente al recente aggravamento di un esito - esistenza di un entità nosologica ben definita
(*)Non sono riportate le delibere regionali che forniscono indicazioni solo per elettroterapia antalgica, laserterapia, ultrasuonoterapia e mesoterapia		

Emilia Romagna	D.G.R. n. 1365 del 9/9/2002 (<i>Individuazione criteri di erogazione delle tipologie di prestazioni dell'all. 2B del DPCM 29/11/2001</i>)	Fissa i presupposti clinici cui subordinare l'erogazione delle prestazioni (quadri patologici definiti, età dell'assistito), le specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associabilità tra prestazioni, cadenza temporale cui subordinare la ripetizione della prestazione) e caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione
Umbria	D.G.R. n. 292, 13.3.2002 (<i>Recepimento del D.P.C.M.</i>)	Percorso riabilitativo personalizzato Su richiesta del MMG, il percorso riabilitativo viene definito dal medico specialista competente in riabilitazione, che lo redige in ambito multiprofessionale e multidisciplinare nei servizi di riabilitazione dei centri pubblici o privati convenzionati dopo adeguata valutazione e nel quadro degli accordi e dei contratti stipulati con le ASL.
	D.G.R. n. 893, 3.7.2002 (<i>Definizione criteri per erogazione punto f all. 2A e punto c all. 2B</i>)	<i>allegato 1 alla DRG</i> Prevede la formulazione di un progetto e programma riabilitativo da parte del medico fisiatra; classifica le disabilità di pertinenza ambulatoriale; fornisce criteri di appropriatezza della prescrizione e di priorità della presa in carico; prevede un sistema di verifica attraverso il sistema informativo.
Puglia	D.G.R. n. 2242, 22.12.2002 (<i>Criteri e modalità erogazione prestazioni all. 2B, incluso elettro, laser, ultrasuono</i>)	individua criteri e modalità erogazione prestazioni all. 2B, incluso elettro, laser, ultrasuonoterapia per patologie identificate, fissando la durata e la frequenza dei trattamenti ; indica le modalità di accesso attraverso MMG e PLS, nell'ambito di un programma riabilitativo definito dal Fisiatra.
Basilicata	D.G.R. n. 366, 4.3.2002 - D.G.R. n. 1306 del 22/7/2002 - D.G.R.n. 1762 del 30/9/2002	Fornisce indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa, adottando quale riferimento un percorso integrato socio-sanitario. Definisce tipologie di intervento, procedure di accesso, tempi di erogazione, associabilità e ripetibilità delle prestazioni riabilitative (incluse elettroterapia, ultrasuoni e laserterapia).
Calabria	D.G.R. n. 263, 21.10.2002 (<i>livelli essenziali di assistenza</i>)	Modifica il nomenclatore per la medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale, fissando i tempi di durata delle prestazioni, raccomandazioni e riferimenti per l'erogazione delle prestazioni.
Sicilia	D.A. n. 1062 del 27.6.2002 (<i>Disposizioni...attuazione dei LEA</i>)	<i>allegato 4</i> "Attività ambulatoriale di Medicina fisica e riabilitazione Attività strutturata nell'ambito di progetti riabilitativi; individua percorsi terapeutici rivolti alle disabilità conseguenti a specifiche patologie, fissando la durata e la frequenza dei trattamenti e la tipologia di prestazioni appropriate; indica le modalità di accesso attraverso MMG e PLS, con il coinvolgimento del Fisiatra.

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		d) chirurgia refrattiva con laser a eccimeri
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Valle Aosta	D.G.R. n.2594 15.7.2002 (Definizione dei LEA resi dal SSR..) D.G.R. n.5191 30.12.2002 (nuova definizione dei LEA)	<u>chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri</u> limitatamente agli assistiti affetti da anisometropia uguale o superiore a quattro diottrie o intolleranti sia alle lenti sia agli occhiali con certificazione di uno specialista appartenente al SSR
Piemonte	DGR n. 29-8149 del 30/12/2002 (Modifica precedenti delibere chirurgia refrattiva con laser a eccimeri)	Definisce le condizioni cliniche per l'erogazione delle prestazioni PRK e Lasik : -anisometropia sup. 4 diottrie; se non secondaria a trattamento rifrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni; - astigmatismo secondario a chirurgia corneale (per cheratoplastica e simili) - ametropie post-chirurgiche (cheratoplastica, cataratta, impianto secondario) e PTK : - distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali. <u>La prestazione è comprensiva di 3 visite di controllo successive all'intervento)</u>
Provincia di Trento	D.G.R. n. 3276 del 23. 12. 2002 (Definizione livelli essenziali di assistenza: recepimento DPCM)	Limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave (pari almeno a 3 diottrie) o che non possono portare lenti a contatto o occhiali
Veneto	D.G.R n.492, 8.3.2002 (Recepimento DPCM 29.11.2001, primo provvedimento)	(D.G.R. n. 1401 del 4.4.2000) · anisometropie superiori alle quattro diottrie; · cheratectomia fototerapeutica (PKT): distrofie, cicatrici ed altre opacità corneali; · astigmatismo secondario a chirurgia corneale (post-cheratoplastica o simili) · ametropie post-chirurgiche (cataratta, cheratoplastica perforante). Al di fuori delle indicate patologie, l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale è ammessa esclusivamente se si riscontra che la correzione dei vizi di refrazione, attuata con l'utilizzo degli occhiali o delle lenti a contatto, causa un "grave stato di sofferenza psicologica"
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. n. 2747del 29.7.2002 (Provvedimenti urgenti in materia sanitaria)	condizioni dell'Allegato 2B del DPCM (non specificate)

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		d) chirurgia refrattiva con laser a eccimeri
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Liguria	D.G.R. 839, 26.7.2002 (Allegato 2B): attuazione indicazioni relative all'erogazione dei LEA)	- pazienti con anisometropia \geq a quattro diottrie; - astigmatismo secondario a chirurgia corneale (conseguente ad interventi di cheratoplastica o simili) - ametropie post-chirurgiche (cataratta, cheratoplastica perforante).
Emilia Romagna	D.G.R. n. 1365, 2/8/2002 (Criteri di erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B)	1. pazienti con anisometropia grave (superiore a 4 - 5 diottrie) non indotta da chirurgia refrattiva monolaterale e con visione binoculare normale e stereopsi; 2. pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.
Toscana	D.G.R. n. 561, 3.6.2002 (D.P.C.M. 29.11.2001 - definizione dei LEA - determinazioni applicative)	(D.G.R. n. 561/99) la prestazione è indicata nei casi: a) miopia con o senza astigmatismo che superi in ciascun occhio le sette diottrie anche in un solo meridiano; b) ipermetropia con o senza astigmatismo al di sopra di cinque diottrie anche in un solo meridiano; c) astigmatismo misto in cui la somma delle componenti miopica-ipermetropica superi in ciascun occhio le quattro diottrie; d) astigmatismo miopico o ipermetropico semplice superiore alle 3.00 Dcyl; e) anisometropie in cui l'equivalente sferico differisca di più di tre diottrie, e limitatamente all'occhio più ametropo;
Umbria	D.G.R. n. 210, 7/3/2001 (Modifica nomenclatore per laser a eccimeri)	PTK (cheratectomia fototerapia): - distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali; PRK e LASIK : - miopia con o senza astigmatismo > 8 diottrie anche in un solo meridiano; - ipermetropia con o senza astigmatismo >5 diottrie anche in un solo meridiano - astigmatismo misto in cui la somma delle componenti (miopica-ipermetropica) >4 diottrie in ciascun occhio; - astigmatismo miopico o ipermetropico semplice > 3 diottrie cilindriche; - anisometropie in cui l'equivalente sferico differisca di più di 3 diottrie e limitatamente all'occhio più ametropo; - trattamenti secondari a progressiva terapia refrattiva.

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		d) chirurgia refrattiva con laser a eccimeri
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Marche	DGR n. 1323, 6.07.2002	1) Miopie maggiori di 8 diottrie 2) Ipermetropie maggiori di 5 diottrie 3) Astigmatismi maggiori di 4 diottrie; 4) Anisometropie maggiori di 3,5 diottrie (la differenza di visus da un occhio all'altro compatibile con la possibilità del soggetto a formare una immagine coerente di quanto visto a livello di sistema nervoso centrale) A carico del Ssr solamente ove il soggetto non possa correggere il difetto visivo con lenti appropriate a causa delle sue condizioni fisiche o per la particolare condizione lavorativa del medesimo.
Lazio	D.G.R. n. 301, 8.3.2002 (<i>Prestazioni Allegato 2B</i>)	(<i>DDGR n. 1887 del 7.12.2001 e del 11.1.2002</i>) - Anisometropia superiore alle quattro diottrie, - astigmatismo secondario a chirurgia corneale (post-cheratoplastica o simili), - ametropie post-chirurgiche (cataratta, cheratoplastica perforante). Nel caso dell'anisometropia l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni cliniche e previo consenso del paziente. Le condizioni patologiche devono essere preventivamente certificate da specialisti di strutture pubbliche
Campania	D.G.R. n. 4845, 25.10.2002 (<i>Individuazione percorsi e indicazioni specifiche- Modifica nomenclature</i>)	ammissibile nei LEA: -- correzione di alterazioni corneali che, alterando le normali trasparenza e regolarità inducono riduzione del visus non ammissibile nei LEA: -- correzione dei vizi di rifrazione (PRK) prevalentemente per scopi estetici -- correzione dei vizi di rifrazione (LASIK) prevalentemente per scopi estetici fatta eccezione per i pazienti: a) con anisometropia grave (superiore a 4-5 diottrie) b) portatori di vizio rifrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali.
Puglia	D.G.R. n. 1392, 5.10.2001	Erogabile in presenza delle seguenti indicazioni clinico-diagnostiche: - miopia, con o senza astigmatismo, > 7 diottrie anche in un solo meridiano; - astigmatismo > 4,00 Dcyl; - anisometropie congenite in cui l'equivalente sferico differisca di più di 3 diottrie, limitatamente all'occhio più ametropo. La delibera definisce un protocollo di trattamento e fissa le tariffe delle prestazioni specialistiche associate al trattamento.
Calabria	D.G.R. n. 593, 8.7.2002 (<i>LEA - allegato 2B</i>)	<i>rinvia alla DGR n. 423 del 17.7.2000, non disponibile</i>

TABELLA B: Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni dell'Allegato 2B DPCM 29 novembre 2001

		d) chirurgia refrattiva con laser a eccimeri
REGIONE	Provvedimento	Indicazioni
Sicilia	D.A. n. 1062 del 27.6.2002 <i>(Disposizioni...attuazione dei LEA)</i>	Tutti i trattamenti con laser ad eccimeri possono essere eseguiti in regime ambulatoriale. Erogabile da parte del Ssn limitatamente alle seguenti condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> · Anisometropie primarie superiori alle 4 diottrie. · Astigmatismi postchirurgici elevati (non secondari a chirurgia refrattiva) superiori alle 3 diottrie, astigmatismi irregolari. · Anisometropie secondarie ad impianto di cristallino artificiale superiori alle 4 diottrie. · Distrofie, cicatrici od altre opacità corneali.
Sardegna	DGR n. 43/9, del 20.12.2002 <i>(disposizioni attuative del DPCM 29 novembre 2001)</i>	Erogabile in presenza delle seguenti indicazioni clinico-diagnostiche: <ul style="list-style-type: none"> - miopia, con o senza astigmatismo, superiore in ciascun occhio a 7 diottrie anche in un solo meridiano; - ipermetropia con o senza astigmatismo superiore a 5 diottrie anche in un solo meridiano; - astigmatismo misto in cui la somma delle componenti miopica-ipermetropica sia superiore in ciascun occhio alle 4 diottrie; - astigmatismo miopico o ipermetropico semplice superiore alle 3 diottrie cilindriche; - anisometropia in cui l'equivalente sferico differisca di più di 3 diottrie e limitatamente all'occhio più ametropo

ALLEGATO 3 - TAB. C

**SOGLIE DI AMMISSIBILITA' IN RICOVERO
ORDINARIO PER LE PRESTAZIONI ELENcate
NELL'ALLEGATO 2C DEL D.P.C.M. 29 NOVEMBRE
2001**

SARDEGNA

Con delibera n. 43/9 del 20/12/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	20%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	60%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	60%	232	Artroscopia	50%
25	Convulsioni e cefalea	60%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	10%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	10-15%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	10%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	10-15%	267	Interventi perianali e pilonidali	50%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	10-15%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	20%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	10-15%	276	Patologie non maligne della mammella	10%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	80%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	5%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	30%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	5%
119	Legatura e stripping di vene	65%	283	Malattie minori della pelle con cc	25%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	65%	284	Malattie minori della pelle no cc	25%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	55%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	25%
134	Iperensione (eccetto urgenze)	40%	301	Malattie endocrine no cc	25%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	5-10%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	60%
158	Interventi su ano e stoma	85%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	40%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	90%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	35%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	85%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	35%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	80%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	50%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	50%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	70%
187	Estrazione e riparazione dentaria	25%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	25%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	70%			

Metodologia applicata: L'individuazione del valore soglia è legata a considerazioni di natura tecnico professionale ed organizzative. Si è osservata e analizzata l'attività posta in essere dagli ospedali pubblici e privati del territorio regionale nell'arco del triennio 99 - 01 e attraverso la letteratura scientifica si sono individuate le modalità più appropriate di erogazione dei DRG individuati nel DPCM allegato 2C nonché stabiliti i valori soglia entro il quale può essere ammesso il regime di ricovero ordinario.

I valori soglia esprimono percentuali di appropriatezza da raggiungersi nel triennio 2003 - 2005 i DRG 039, 040, 041 e 042 sono ammissibili in ricovero ordinario solamente quando vi sono associate alcune particolari condizioni quali vitrectomia, complicanze quali il glaucoma associato, cheratoplastica perforante, interventi sui muscoli extraoculari, asportazioni di lesioni maggiori della palpebra a tutto spessore, asportazioni di lesioni o tessuto della palpebra per tumori maligni della congiuntiva, inserzione secondaria di protesi di cristallino con tecnica di estrazione lineare, separazione di membrana secondaria (dopo cataratta) e in casi di interventi demolitori della palpebra.

Per il DRG 119 l'unico caso nel quale è sempre ammesso il ricorso al ricovero ordinario è quello che riguarda lo stripping della grande safena; per il DRG 134 il valore soglia del 40% si riferisce solo a quei casi di difficile inquadramento diagnostico quali: ipertensione secondaria, ipertensione maligna e nel caso vi sia una grave compromissione d'organo; per i DRG 183 e 184 il ricovero ordinario è senz'altro da ritenersi appropriato nel caso che il paziente debba essere sottoposto a dilatazione esofagea per acalasia o complicanze stenotiche; per il DRG 187 il valore soglia si riferisce a ricoveri che presentano patologie concomitanti associate quali: cardiopatie gravi, diabete mellito scompensato, grave e documentata diatesi allergica all'anestetico, patologie neurologiche gravi e altre particolari condizioni;

per il DRG 222 il ricovero in regime ordinario è sempre giustificato nel caso di sussistenze di patologie sistemiche importanti che possano influire negativamente nel periodo post operatorio; per il DRG 232 nel caso di artroscopia terapeutica o per altre articolazioni il regime preferenziale è quello del ricovero ordinario; per il DRG 262 e 276 il valore soglia si riferisce a quei casi dove il paziente rifiuta l'anestesia locale o casi con presenza di patologie correlate o concomitanti che necessitano di particolari monitoraggi; per il DRG 270 si ritiene sempre appropriato il ricovero in regime ordinario nei casi nei quali siano compresi interventi che rendono necessaria l'amputazione e/o disarticolazione e/o riduzione di fratturadelle falangi, miotomia, fasciotomia, in presenza di forme tumorali e altre patologie correlate; per i DRG 283 e 284 il ricovero ordinario è da considerarsi sempre ammesso quando si riscontrano alcuni casi di patologie infettive, si individua altresì un valore soglia del 30% in presenza di affezioni pruriginose, del 5% in presenza di affezioni eritematose, del 20% in presenza di orticaria, mentre per altre patologie il valore soglia è del 2%

per i DRG 294, 301, 326, 364 il valore soglia esclude ricoveri urgenti e si riferisce a particolari condizioni specificate in delibera

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Non è stata specificata in delibera.

SICILIA

Con decreto dell'Assessore della Sanità n. 70 -6732 del 22/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	15,00%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	60,00%
19A	Malattie dei nervi cranici	70,00%	232	Artroscopia	50,00%
19B	Malattie dei nervi periferici	10,00%	232	Artroscopia	50,00%
25A	Convulsioni	70,00%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	75,00%
25B	Cefalea	80,00%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	40,00%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	20,00%	267	Interventi perianali e pilonidali	60,00%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	20,00%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	20,00%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	20,00%	276	Patologie non maligne della mammella	20,00%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	20,00%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	75,00%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	70,00%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	75,00%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	40,00%	283	Malattie minori della pelle con cc	30,00%
119	Legatura e stripping di vene	55,00%	284	Malattie minori della pelle no cc	30,00%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	40,00%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	40,00%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	50,00%	301	Malattie endocrine no cc	40,00%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	70,00%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	70,00%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	40,00%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	60,00%
158	Interventi su ano e stoma	70,00%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	40,00%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	85,00%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	30,00%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	55,00%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	10,00%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	85,00%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	35,00%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	40,00%	429A	Disturbi organici	70,00%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	40,00%	429B	Ritardo mentale	10,00%
187	Estrazione e riparazione dentaria	0,50%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	40,00%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	o.k. In regime di DO			

Metodologia applicata: Per la determinazione dei valori soglia la Regione ha attivato degli appositi Tavoli Tecnici che hanno provveduto alla determinazione delle soglie tenendo conto di determinati aspetti quali: epidemiologia, la rilevanza sociale, l'età appropriata (le prestazioni a soggetti >65 anni e di 0-17 anni), l'associazione di una o più patologie a quella di base, l'indice di attrazione (possono considerarsi appropriate in regime di ricovero ordinario le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti da comuni diversi da quello nel quale viene erogata la prestazione).

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Il ricovero giornaliero in Day Surgery e Day Surgery+One Day Surgery viene remunerato con una tariffa pari al 100% di quella prevista per il relativo DRG corrispondente al ricovero ordinario; il ricovero in Day Hospital è remunerato secondo tariffa del DRG del ricovero ordinario limitatamente alla percentuale annua dei ricoveri ordinari trasferiti in DH.

CALABRIA

Con delibera n. 591 del 08/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	0,66%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	40,71%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	25,38%	232	Artroscopia	7,51%
25	Convulsioni e cefalea	30,32%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	40,96%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1,15%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	4,42%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	6,75%	267	Interventi perianali e pilonidali	16,59%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	30,43%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	5,07%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	4,96%	276	Patologie non maligne della mammella	0,00%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1,39%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	69,18%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	55,64%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	65,10%
119	Legatura e stripping di vene	9,21%	283	Malattie minori della pelle con cc	12,68%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	38,34%	284	Malattie minori della pelle no cc	6,98%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	46,96%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	54,30%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	64,79%	301	Malattie endocrine no cc	1,69%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	62,59%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	51,04%
158	Interventi su ano e stoma	39,22%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	46,31%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	8,13%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	2,71%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	8,02%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	58,33%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	2,07%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	24,69%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	10,01%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	37,35%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	57,04%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	54,96%
187	Estrazione e riparazione dentaria	17,89%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	24,90%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	63,63%			

Metodologia applicata: La Regione ha ritenuto di individuare i valori soglia utilizzando uno studio effettuato dall' ASSR con la metodologia del disease staging.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Nel caso di superamento su base annua delle soglie indicate, per ogni singolo erogatore pubblico o privato accreditato, verrà riconosciuta per i casi ordinari eventualmente erogati in eccedenza, una remunerazione pari alla corrispondente tariffa per il day surgery per i DRG di tipo chirurgico e, per quelli di tipo medico, una remunerazione pari alla tariffa giornaliera corrispondente, per un massimo di tre giornate, ad eccezione del DRG 282, remunerato in tal caso per il massimo di una giornata, ciò al fine di disincentivare eventuali comportamenti opportunistici.

BASILICATA

Con delibera n. 366 del 04/03/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	32%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	68%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	63%	232	Artroscopia	86%
25	Convulsioni e cefalea	80%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	85%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	54%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	20%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	29%	267	Interventi perianali e pilonidali	37%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	31%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	27%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	14%	276	Patologie non maligne della mammella	9%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	80%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	94%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	84%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	94%
119	Legatura e stripping di vene	75%	283	Malattie minori della pelle con cc	82%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	71%	284	Malattie minori della pelle no cc	54%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	74%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	30%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	58%	301	Malattie endocrine no cc	28%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	82%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	
158	Interventi su ano e stoma	60%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	81%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	33%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	74%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	68%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	77%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	78%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	
187	Estrazione e riparazione dentaria	49%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	86%			

Metodologia applicata: Per i DRG CHIRURGICI i valori sono stati calcolati sulla base dell'attività delle strutture regionali dell'anno 2000 (con esclusione dal calcolo delle strutture con meno di 10 ricoveri) attribuendo il valore percentile pari a 90 applicando la media matematica di tale valore percentuale con il maggiore valore medio percentuale riscontrato a livello nazionale e a livello regionale. Solo in pochi casi (DRG che nella letteratura hanno una chiara definizione dell'appropriatezza del regime di ricovero) si è tenuto conto del riferimento espresso dal miglior performer regionale in rapporto al miglior performer nazionale (base anni 1999 e 2000). Per i DRG MEDICI sono stati definiti i tassi di ospedalizzazione per le 5 aziende sanitarie e per l'azienda ospedaliera e sono stati individuati i valori % dei ricoveri da garantire in Day Hospital sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 e dei dati regionali dell'anno 2000.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporta la impossibilità di erogazione dei compensi incentivanti al personale dirigente delle strutture aziendali interessate nonché una penalizzazione del compenso aggiuntivo spettante al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario delle Aziende del 5% (dal 20 al 15%).

PUGLIA

Con delibera n. 1073 del 16/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	11%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	42%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	30%	232	Artroscopia	52%
25	Convulsioni e cefalea	28%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	47%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	43%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	35%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	42%	267	Interventi perianali e pilonidali	34%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	45%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	5%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	60%	276	Patologie non maligne della mammella	1%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	71%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	78%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	60%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	82%
119	Legatura e stripping di vene	72%	283	Malattie minori della pelle con cc	11%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	49%	284	Malattie minori della pelle no cc	6%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	55%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	66%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	70%	301	Malattie endocrine no cc	5%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	73%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	60%
158	Interventi su ano e stoma	72%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	51%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	64%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	21%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	63%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	64%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	67%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	38%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	8%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	39%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	69%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	43%
187	Estrazione e riparazione dentaria	20%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	24%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	70%			

Metodologia applicata: Per i DRG CHIRURGICI le soglie sono state individuate con riferimento alle minori percentuali di accesso ai ricoveri ordinari verificatesi nelle strutture ospedaliere della regione Puglia. Per i DRG MEDICI la Regione ha tenuto conto delle elaborazioni fornite dall'ASSR, utilizzando la percentuale più alta (quindi più facilmente realizzabile) fra quella regionale e quella media nazionale. La base di riferimento per il calcolo è costituita dal numero di ricoveri effettuati nel 1999.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Le prestazioni eccedenti sono remunerate con la tariffa di fascia ridotta del 50%.

CAMPANIA

Con delibera n. 4847 del 25/09/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	30%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	70%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	48%	232	Artroscopia	60%
25	Convulsioni e cefalea	30%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	58%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	65%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	60%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	60%	267	Interventi perianali e pilonidali	60%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	60%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	22%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	76%	276	Patologie non maligne della mammella	14%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	90%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	28%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	56%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	19%
119	Legatura e stripping di vene	50%	283	Malattie minori della pelle con cc	87%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	53%	284	Malattie minori della pelle no cc	36%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	45%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	45%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	35%	301	Malattie endocrine no cc	21%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	52%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	51%
158	Interventi su ano e stoma	50%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	40%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	80%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	50%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	60%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	28%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	60%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	70%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	45%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	52%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	56%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	51%
187	Estrazione e riparazione dentaria	31%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	26%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	57%			

Metodologia applicata: Le soglie di ammissibilità sono state individuate da un'apposita Commissione tecnica istituita con deliberazione 1082/2002.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra-soglia: Le prestazioni eccedenti saranno remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente limitata ad un solo accesso.

MOLISE

Con delibera n. 1189 del 29/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	50% nell'arco del triennio	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	50% nell'arco del triennio
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	50% nell'arco del triennio	232	Artroscopia	50% nell'arco del triennio
25	Convulsioni e cefalea	50% nell'arco del triennio	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	50% nell'arco del triennio	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	50% nell'arco del triennio
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	50% nell'arco del triennio	267	Interventi perianali e pilonidali	50% nell'arco del triennio
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	50% nell'arco del triennio	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	50% nell'arco del triennio
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	50% nell'arco del triennio	276	Patologie non maligne della mammella	50% nell'arco del triennio
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	50% nell'arco del triennio	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
119	Legatura e stripping di vene	50% nell'arco del triennio	283	Malattie minori della pelle con cc	50% nell'arco del triennio
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	284	Malattie minori della pelle no cc	50% nell'arco del triennio
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	301	Malattie endocrine no cc	50% nell'arco del triennio
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
158	Interventi su ano e stoma	50% nell'arco del triennio	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50% nell'arco del triennio	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	50% nell'arco del triennio
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50% nell'arco del triennio	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50% nell'arco del triennio	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	50% nell'arco del triennio	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio	429	Disturbi organici e ritardo mentale	50% nell'arco del triennio
187	Estrazione e riparazione dentaria	50% nell'arco del triennio	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	50% nell'arco del triennio			50% nell'arco del triennio

Metodologia applicata: Non è stata specificata in delibera.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: L' attività svolta oltre soglia sarà oggetto di valutazione da parte della Giunta Regionale ai fini dell'attribuzione della quota incentivante dei compensi spettanti al Direttore generale, al Direttore sanitario ed al Direttore amministrativo.

LAZIO

Con delibera n. 864 del 28/06/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	2,30%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	68,50%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	38,50%	232	Artroscopia	56,60%
25	Convulsioni e cefalea	47,40%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	60,60%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	24,90%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	34,70%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	11,50%	267	Interventi perianali e pilonidali	44,50%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	79,70%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	10,10%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	12,80%	276	Patologie non maligne della mammella	12,10%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	81,00%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	57,50%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	57,00%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	43,10%
119	Legatura e stripping di vene	71,80%	283	Malattie minori della pelle con cc	95,00%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	46,90%	284	Malattie minori della pelle no cc	20,10%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	34,20%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	24,00%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	39,50%	301	Malattie endocrine no cc	15,70%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	60,80%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	65,70%
158	Interventi su ano e stoma	83,80%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	35,30%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	87,00%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	43,20%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	74,60%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	28,60%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	70,60%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	52,70%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	58,90%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	25,00%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	63,80%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	23,10%
187	Estrazione e riparazione dentaria	27,00%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	14,10%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	75,50%			

Metodologia applicata: I valori soglia sono il risultato della valutazione di appropriatezza generica dei ricoveri ospedalieri, eseguita sugli archivi informatici delle dimissioni dell'anno 2001, tramite l'utilizzo del metodo APPRO. Tali valori vengono rideterminati annualmente.

La regione ha individuato ulteriori DRG per i quali ha definito i valori soglia: 206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica no cc=34%; 315 Altri interventi su rene e vie urinarie=16%; 342 Circoncisione, età >17=50%; 343 Circoncisione, età<18=9%; 369 Disturbi mestruali e altri disturbi apparato riproduttivo femminile=40%; 411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia=2%.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra-soglia: DRG CHIRURGICI: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base al tariffario nazionale dei ricoveri diurni;
DRG MEDICI: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base ad una tariffa pari a due accessi del corrispondente DH medico.

MARCHE

Con delibera n. 1323 ME/SAN del 16/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	11%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	21%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	33%	232	Artroscopia	14%
25	Convulsioni e cefalea	25%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	31%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	14%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	11%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	11%	267	Interventi perianali e pilonidali	21%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	7%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	19%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	21%	276	Patologie non maligne della mammella	19%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	14%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	15%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	24%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	7%
119	Legatura e stripping di vene	14%	283	Malattie minori della pelle con cc	34%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	39%	284	Malattie minori della pelle no cc	27%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	34%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	34%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	27%	301	Malattie endocrine no cc	32%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	21%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	17%
158	Interventi su ano e stoma	17%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	21%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	27%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	7%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	14%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	43%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	7%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	44%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	25%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	43%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	11%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	53%
187	Estrazione e riparazione dentaria	11%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	11%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	31%			

Metodologia applicata: Non è specificato in delibera

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Non è specificato in delibera

TOSCANA

Con delibera n. 859 del 05/08/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia :

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	5%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	33%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	30%	232	Artroscopia	41%
25	Convulsioni e cefalea	60%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	68%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	5%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	9%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	14%	267	Interventi perianali e pilonidali	31%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	39%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	15%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	6%	276	Patologie non maligne della mammella	16%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	67%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	22%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	73%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	61%
119	Legatura e stripping di vene	18%	283	Malattie minori della pelle con cc	57%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	31%	284	Malattie minori della pelle no cc	29%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	56%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	13%
134	Iperensione (eccetto urgenze)	48%	301	Malattie endocrine no cc	25%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	35%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	56%
158	Interventi su ano e stoma	52%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	47%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	81%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	8%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	27%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	58%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	19%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	76%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	49%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	45%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	75%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	69%
187	Estrazione e riparazione dentaria	5%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	43%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	71%			

Metodologia applicata: Per i DRG CHIRURGICI: lo standard è stato individuato sulla base del valore di riferimento rappresentato dalla migliore performance realizzata in Regione nel 2001 (tecnica del "benchmarking"). Per i DRG MEDICI: lo standard individua per Azienda la percentuale minima di riduzione dei ricoveri, attesa nel 2003; tale percentuale è differenziata per A.U.S.L. in base al tasso di ospedalizzazione per 1.000 ab.(anno 2001), per le A.O. si individua una percentuale 'media', per le strutture private si applica quella attribuita all'A.U.S.L. nella quale sono ubicate. Viene altresì individuata la % minima di ricoveri da effettuare in regime diurno sulla base del valore di riferimento rappresentato dalla migliore performance realizzata nel 2001.

La Regione ha individuato, altresì, ulteriori DRG per i quali ha definito i valori soglia: 59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età>17=5%; 59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età<18=5%; 266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere della pelle o cellulite no cc=5%; 311 Interventi per via transuretrale no cc=65%; 323 Calcolosi urinaria con cc e/o litropia mediante ultrasuoni=14%; 342 Circoncisione, età>17=5%; 349 Iperprostatia benigna no cc=6%; 350 Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile=42%; 381 Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia=6%.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: DRG CHIRURGICI: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario, per i ricoveri con degenza superiore a 2 giorni, sarà effettuata alla tariffa prevista per il ricovero diurno per lo stesso DRG. DRG MEDICI: la quota di attività in esubero verrà remunerata - al 50% della tariffa per i ricoveri ordinari, - al 90% della tariffa per i ricoveri diurni, - al 70% della tariffa per i ricoveri di durata 0/1 giorno.

EMILIA ROMAGNA

Con delibera n. 1492 del 02/08/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale		222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	
19	Malattie dei nervi cranici e periferici		232	Artroscopia	
25	Convulsioni e cefalea		243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia		262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17		267	Interventi perianali e pilonidali	
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18		270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)		276	Patologie non maligne della mammella	
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola		281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)		282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	
119	Legatura e stripping di vene		283	Malattie minori della pelle con cc	
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)		284	Malattie minori della pelle no cc	
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)		294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	
134	Ipertensione (eccetto urgenze)		301	Malattie endocrine no cc	
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)		324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	
158	Interventi su ano e stoma		326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)		364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)		395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)		426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc		427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)		429	Disturbi organici e ritardo mentale	
187	Estrazione e riparazione dentaria		467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)				

Metodologia applicata:

Per l'anno 2002 la regione Emilia-Romagna ha deliberato (DGR 1492/2002) come obiettivo per i Direttori Generali la riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato specifico per i ricoveri superiori ad un giorno relativi ai DRG medici e, separatamente, chirurgici dell'allegato 2C (dato medio regionale 12 per mille per i chirurgici e 4.5 per mille per i medici). A partire dal 1998 questo gruppo di DRG, integrato da ulteriori 20, è stato oggetto di una serie di disposizioni regionali volte ad incrementare il livello di appropriatezza prevedendo, fra l'altro, specifici interventi tariffari.

Queste disposizioni possono essere così riassunte:

- Fissazione di un obiettivo di riduzione del numero dei ricoveri ordinari per 27 DRG di tipo medico pari ad un decremento del 20% rispetto al dato 1997- dal 1999 i ricoveri eccedenti tale numero subiscono un abbattimento tariffario scalare fino al 50%.
- Individuazione dal 1999 per 5 DRG chirurgici di tariffe per il ricovero ordinario inferiori a quelle previste per il Day-Hospital
- Fissazione dal 1999 di tariffe per il DH medico volte ad disincentivare la inappropriata, in particolare prevedendo tariffe pari a circa 100 Euro in
- Definizione dal 1999 di un sistema di controlli, parte integrante del sistema tariffario, che prevede, fra l'altro, un elenco di 63 DRG a rischio di inap
- Nel 2000, nell'ambito del PSR sono state fornite indicazioni alle aziende per la programmazione della dotazione dei posti letto prevedendo un elen
- Introduzione dal 2002 di tariffe ambulatoriali pari a quelle previste per il ricovero in DH per cataratta e tunnel carpale.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Le attività di controllo interne ed esterne sono da considerare parte integrante del sistema di tariffazione. Sono previsti abbattimenti tariffari per scoraggiare comportamenti opportunistici.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Con delibera n. 2747 del 29/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	5%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	31%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	*	232	Artroscopia	31%
25	Convulsioni e cefalea	41%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	41%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	30%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	31%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	31%	267	Interventi perianali e pilonidali	31%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	31%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	31%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	31%	276	Patologie non maligne della mammella	*
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	31%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	41%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	41%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	41%
119	Legatura e stripping di vene	*	283	Malattie minori della pelle con cc	41%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	*	284	Malattie minori della pelle no cc	41%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	*	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	41%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	41%	301	Malattie endocrine no cc	41%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	*	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	41%
158	Interventi su ano e stoma	*	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	*
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	*	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	31%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	*	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	41%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	*	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	*
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	41%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	*
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	41%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	*
187	Estrazione e riparazione dentaria	41%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	41%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	*			

Metodologia applicata: Suddivisione dei 43 DRG in quattro gruppi: **1)** DRG 6 e 39 che dovrebbero essere erogati nella maggior parte dei casi in regime ambulatoriale e di Day Hospital. **2)** DRG 25, 40, 41, 42, 55, 65, 134, 183, 184, 187, 222, 232, 243, 262, 267, 270, 281, 282, 283, 284, 294, 301, 324, 364, 395, 467; per tali DRG i valori soglia sono stati individuati non per singolo DRG ma per gruppi: per i DRG chirurgici sono stati individuati al 31% (corrispondente al valore medio dei 5 ospedali con valore migliore), per i DRG medici sono stati individuati al 41% (corrispondente al valore medio dei 5 ospedali con il valore migliore) **3)** DRG 160, 162, 163, 119, 142, 208, 276, 426, 427, 429, per questi DRG viene considerato come valore massimo ammissibile il numero dei ricoveri effettuati dal singolo ospedale nel 2001. **4)** DRG 19, 131, 133, 158, 326, per questi DRG si procederà alla valutazione dell'appropriatezza con PRUO sui ricoveri 2001.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Non è specificato in delibera.

VENETO

Con delibera n. 2227 del 09/08/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia :

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	6%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	60%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	70%	232	Artroscopia	55%
25	Convulsioni e cefalea	95%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	80%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	18%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	25%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	40%	267	Interventi perianali e pilonidali	20%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	60%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	20%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	75%	276	Patologie non maligne della mammella	25%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	65%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	87%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	85%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	95%
119	Legatura e stripping di vene	17%	283	Malattie minori della pelle con cc	87%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	60%	284	Malattie minori della pelle no cc	65%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	80%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	90%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	80%	301	Malattie endocrine no cc	45%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	97%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	80%
158	Interventi su ano e stoma	52%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	70%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	72%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	25%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	25%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	60%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	45%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	85%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	80%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	88%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	85%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	90%
187	Estrazione e riparazione dentaria	85%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	55%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	87%			

Metodologia applicata: E' stato applicato il metodo APPRO sulle rilevazioni relative all'anno 2000 e 2001 dei dimessi della Regione. La Regione ha individuato, altresì, ulteriori DRG per i quali ha definito valori soglia: 47 Altre malattie dell'occhio età>17 no cc=60%; 59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età>17=65%; 60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età<18=40%; 73 Altre diagnosi rel.a orecchio naso bocca e gola età>17=50%; 74 Altre diagnosi rel.a orecchio naso bocca e gola età<18=40%; 169 Interventi sulla bocca no cc=40%; 206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatite alcolica no cc=40%; 227 Interventi sui tessuti molli no cc=45%; 229 Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni no cc=35%.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Rimandato ad un successivo provvedimento.

TRENTO

Con delibera n. 3276 del 23/12/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia :

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	20%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	80%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	130 ric/anno	232	Artroscopia	85%
25	Convulsioni e cefalea	208 ric/anno	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	823 ric/anno
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	20%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	10%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	20%	267	Interventi perianali e pilonidali	75%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	70%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	30%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	25%	276	Patologie non maligne della mammella	9 ric/anno
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	80%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	203 ric/anno
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	201 ric/anno	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	135 ric/anno
119	Legatura e stripping di vene	60%	283	Malattie minori della pelle con cc	46 ric/anno
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	282 ric/anno	284	Malattie minori della pelle no cc	224 ric/anno
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	677 ric/anno	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	347 ric/anno
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	427 ric/anno	301	Malattie endocrine no cc	119 ric/anno
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	223 ric/anno	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	230 ric/anno
158	Interventi su ano e stoma	75%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	56 ric/anno
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	85%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	40%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	60%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	295 ric/anno
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	20%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	269 ric/anno
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	591 ric/anno	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	46 ric/anno
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	394 ric/anno	429	Disturbi organici e ritardo mentale	238 ric/anno
187	Estrazione e riparazione dentaria	61 ric/anno	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	263 ric/anno
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	263 ric/anno			

Metodologia applicata: Non è stata specificata in delibera.

La Provincia ha individuato, altresì, ulteriori DRG per i quali ha definito valori soglia: 36 Interventi sulla retina=65%; 37 Interventi sull'orbita=50%; 38 Interventi primari sull'iride=70%; 56 Rinoplastica=90%; 57 Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età>17=85%; 58 Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età<18=80%; 59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età>17=65%; 60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età<18=50%; 61 Miringotomia con inserzione di tubo età>17=25%; 62 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età<18=50%; 61 Miringotomia con inserzione di tubo età<18=75%; 88 Malattie polmonari cronico ostruttive (COPD)=578 ric/anno; 89 Polmonite semplice e pleurite età>17 con cc=304 ric/anno; 90 Polmonite semplice e pleurite età>17 no cc=179 ric/anno; 91 Polmonite semplice e pleurite età<18=119 ric/anno; 100 Segni e sintomi respiratori senza cc=80 ric/anno;

102 Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza cc=45 ric/anno; 117 Revisione del pacemaker cardiaco eccetto sostituzione=85%; 118 Sostituzione di pacemaker cardiaco=20%; 127 Insufficienza cardiaca e shock=1025 ric/anno; 168 Interventi sulla bocca con cc=60%; 169 Interventi sulla bocca no cc=35%; 182 Esofagite gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche app.digerente età>17 con cc=233 ric/anno; 185 Malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione età>17=59 ric/anno; 186 Malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione età<18=37 ric/anno; 227 Interventi sui tessuti molli no cc=70%; 229 Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni no cc=35%; 230 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore=80%; 231 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore=60%; 245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche no cc=724 ric/anno; 247 Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo=77 ric/anno; 248 Tendinite Miosite e borsite=85 ric/anno; 256 Altre diagnosi del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo=412 ric/anno

264 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza cc=50%; 265 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite con cc=50%; 266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere della pelle o cellulite no cc=25%; 268 Chirurgia plastica della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella=25%; 269 Chirurgia plastica della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella con cc=75%; 295 Diabete età<35=143 ric/anno; 340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età<18=35%; 341 Interventi sul pene=45%; 342 Circoncisione età>17=20%; 343 Circoncisione età<18=20%; 381 Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia=60%; 411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia=43 ric/anno; 412 Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia=9 ric/anno; 464 Segni e sintomi senza cc=30 ric/anno.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: Non è stata specificata in delibera.

LOMBARDIA

Con decreto Direzione Generale Sanità n.20180 del 28/10/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	/	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	19%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	45%	232	Artroscopia	33%
25	Convulsioni e cefalea	66%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	42%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	/	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	10%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	10%	267	Interventi perianali e pilonidali	23%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	10%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	10%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	29%	276	Patologie non maligne della mammella	10%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	27%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	33%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	65%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	/
119	Legatura e stripping di vene	27%	283	Malattie minori della pelle con cc	55%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	45%	284	Malattie minori della pelle no cc	10%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	38%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	50%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	40%	301	Malattie endocrine no cc	20%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	58%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	40%
158	Interventi su ano e stoma	33%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	25%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	66%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	/
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	31%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	45%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	10%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	/
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	41%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	/
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	/	429	Disturbi organici e ritardo mentale	/
187	Estrazione e riparazione dentaria	10%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	10%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	62%			

Metodologia applicata: La Regione ha previsto modalità di controllo delle prestazioni sanitarie ed ha ribadito l'importanza di valutare l'appropriatezza generica tramite un protocollo codificato (RL-PVA), l'appropriatezza specifica tramite lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici e l'impatto di eventi sentinella (DGR n.7/3826 del 2001); ha ritenuto opportuno l'utilizzo del RL-PVA (Regione Lombardia- Protocollo valutazione appropriatezza), che deriva dal metodo PRUO modificato in alcuni criteri con una metodica specifica per valutare l'appropriatezza in ambito chirurgico.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra- soglia: DRG CHIRURGICI: le SDO non appropriate saranno valorizzate come un ricovero in day surgery, quindi tariffato al 75% della tariffa piena.
DRG MEDICI: le SDO non appropriate saranno valorizzate con un importo pari a due accessi di DH.

VALLE D'AOSTA

Con delibera n. 5191 del 30/12/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia :

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	0%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	0%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	-10%annuo nel triennio '02-'04	232	Artroscopia	0%
25	Convulsioni e cefalea	-10%annuo nel triennio '02-'04	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	0%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	0%	267	Interventi perianali e pilonidali	0%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	0%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	0%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	0%	276	Patologie non maligne della mammella	-10%annuo nel triennio '02-'04
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0%	281	Traumi pelle, sootocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	282	Traumi pelle, sootocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
119	Legatura e stripping di vene	0%	283	Malattie minori della pelle con cc	-10%annuo nel triennio '02-'04
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	284	Malattie minori della pelle no cc	-10%annuo nel triennio '02-'04
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	301	Malattie endocrine no cc	-10%annuo nel triennio '02-'04
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
158	Interventi su ano e stoma	0%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	0%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	0%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	0%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	0%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	-10%annuo nel triennio '02-'04	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04	429	Disturbi organici e ritardo mentale	-10%annuo nel triennio '02-'04
187	Estrazione e riparazione dentaria	-10%annuo nel triennio '02-'04	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	-10%annuo nel triennio '02-'04			

Metodologia applicata: E' derivata dalle indicazioni contenute nel PSSR 2002 - 2004 in merito all'appropriatezza dei ricoveri e richiamente nella DGR n 5191/2002. I valori soglia sono il risultato della valutazione di appropriatezza generica dei ricoveri ospedalieri, eseguiti sugli archivi informaticidelle dimissioni dell'anno 2001 tramite utilizzo del metodo APPRO e tenendo conto delle deliberazioni fornite dall' ASSR. La soglia del 10% omogenea per tutti i DRG medici deriva da una valutazione statistica che tiene conto dell'esiguità dei volumi di attività regionali peer singolo DRG.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra - soglia: La Regione non remunera a prestazione.

PIEMONTE

Con delibera n. 70 -6732 del 22/07/2002 sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	50%	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	50%
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	50%	232	Artroscopia	50%
25	Convulsioni e cefalea	50%	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	50%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	50%	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	50%
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	50%	267	Interventi perianali e pilonidali	50%
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	50%	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	50%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	50%	276	Patologie non maligne della mammella	50%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	50%	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	50%
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	50%	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	50%
119	Legatura e stripping di vene	50%	283	Malattie minori della pelle con cc	50%
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	50%	284	Malattie minori della pelle no cc	50%
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	50%	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	50%
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	50%	301	Malattie endocrine no cc	50%
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	50%	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	50%
158	Interventi su ano e stoma	50%	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	50%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50%	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	50%
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50%	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	50%
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	50%	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	50%	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	50%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	50%	429	Disturbi organici e ritardo mentale	50%
187	Estrazione e riparazione dentaria	50%	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	50%
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	50%			50%

Metodologia applicata: Ogni anno è prevista una revisione nell'applicazione della metodologia sulla base delle risultanze degli studi a livello nazionale, regionale e aziendale. Attualmente la quantità di ricoveri ordinari acuti convertibili in ricoveri diurni è stata determinata nel 50% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero ordinario.

Remunerazione ricoveri inappropriati extra-soglia: La Regione non prevede riduzioni tariffarie per i ricoveri inappropriati ma incentivi per quelli appropriati, con percentuali diverse date le funzioni espletate dalle A.O., dall'Ospedale Mauriziano di Torino, dall'Istituto di ricerca e cura del cancro di Candiolo e dagli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico.

UMBRIA

Attraverso accordi contrattuali sono stati individuati i seguenti valori soglia:

Cod.	Descrizione DRG	Soglia	Cod.	Descrizione DRG	Soglia
6	Decompressione tunnel carpale	2	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)	80
19	Malattie dei nervi cranici e periferici	53	232	Artroscopia	67
25	Convulsioni e cefalea	70	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	53
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3	262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	28
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età>17	6	267	Interventi perianali e pilonidali	31
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età<18	0	270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no cc	13
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	20	276	Patologie non maligne della mammella	25
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	66	281	Traumi pelle, sottocute e mammella età>17 no cc (eccetto urgenze)	70
65	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)	54	282	Traumi pelle, sottocute e mammella età<18 no cc (eccetto urgenze)	78
119	Legatura e stripping di vene	26	283	Malattie minori della pelle con cc	25
131	Malattie vascolari periferiche no cc (eccetto urgenze)	52	284	Malattie minori della pelle no cc	18
133	Aterosclerosi no cc (eccetto urgenze)	56	294	Diabete età>35 (eccetto urgenze)	43
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	42	301	Malattie endocrine no cc	13
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)	69	324	Calcolosi urinaria no cc (eccetto urgenze)	68
158	Interventi su ano e stoma	49	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 no cc (eccetto urgenze)	66
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	67	364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno	13
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età>17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	42	395	Anomalie dei globuli rossi età>17 (eccetto urgenze)	47
163	Interventi per ernia età<18 (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	41	426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	42
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età>17 no cc	56	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)	56
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età<18 (eccetto urgenze)	61	429	Disturbi organici e ritardo mentale	52
187	Estrazione e riparazione dentaria	7	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	19
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)	74			

Metodologia applicata: I valori soglia sono stati individuati con il metodo PRUO - APPRO

Remunerazione ricoveri inappropriati: Per tali Drg la Regione ha previsto un differenziato abbattimento delle tariffe: per i DRG chirurgici l'abbattimento previsto è del 20% mentre per i DRG medici l'abbattimento previsto è del 40%, esclusi quei DRG medici che presentano nell'archivio regionale una % di casi in urgenza superiore al 65% per i quali l'abbattimento è stato ridotto del 20%.

Glossario

Pruo (Protocollo di revisione dell'uso dell'Ospedale) rappresenta la versione italiana dell'americana A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol) ed è uno strumento finalizzato all'analisi dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale per acuti.

Il Pruo è sostanzialmente uno strumento di misura o meglio di classificazione orientato a qualificare le giornate di degenza (unità statistiche osservate) in appropriate ed inappropriate, attraverso la ricerca di una serie di criteri esplicitati nella documentazione clinica routinariamente disponibile, permettendone nello stesso tempo di individuare i motivi sottostanti.

In questo metodo la base è rappresentata dalla documentazione contenuta nella cartella clinica, trattata sulla base di criteri ben definiti (criteri ordinari) e da due opzioni di scavalco dette criteri straordinari od overrides (l'override positivo consente di attribuire l'appropriatezza anche in assenza di criteri ordinari, mentre l'override negativo permette di dare un giudizio di inappropriatezza nonostante il rispetto formale di uno o più criteri ordinari)

L'**APPRO** è un metodo per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari per acuti con dati amministrativi (archivi informatici delle dimissioni ospedaliere), stadiazione per gravità e calcolo di soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza.

Questo metodo si articola in tre fasi che rappresentano il percorso d'individuazione dei ricoveri a bassa complessità assistenziale e a gravità minima, che in ragione di queste caratteristiche, sono potenzialmente effettuabili in dh o in ordinario breve.

Fasi del metodo APPRO

1) Selezione della casistica

DRG / PROCEDURE a bassa complessità assistenziale
Eventuali criteri legati all'età (esclusione dei neonati.)

2) Individuazione dei ricoveri a gravità minima

Esclusione degli episodi di ricovero caratterizzati da:

- Decesso
- Abnorme durata della degenza (oltre soglia)
- Sottoclasse APR –DRG di gravità e/o rischio di morte > 1

3) Calcolo delle soglie di ammissibilità DRG -SPECIFICHE e dei valori osservati locali.

Soglia di ammissibilità: valore atteso di "inappropriatezza tollerata" riferito all'intero ambito della valutazione da calcolare come segue :

$$\text{Soglia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di ricoveri a gravità minima in regime ordinario di degenza} > 1}{\text{N}^\circ \text{ totale di ricoveri a gravità minima in regime ordinario e di DH}} \times 100$$

Valori osservati locali relativi a singoli ospedali o Regioni sono calcolati con la medesima formula.

La quota di dimissioni giudicata inappropriata per singolo DRG "al di là di ogni ragionevole dubbio" è determinata da:

- Quota eccedente % = valore osservato locale % - valore soglia %.

Il numero di ricoveri inappropriati al di là di ogni ragionevole dubbio si calcola nel seguente modo:

Quota eccedente % * (n° totale di ricoveri ordinari + n° ricoveri in dh)

Tab.1a: Riepilogo per regione - Ricoveri 43 DRG a rischio di inappropriatelyzza

ALLEGATO 3.1

Regione	Totale ricoveri* (2000)	Ricoveri ordinari (2000)	Ricoveri DH (2000)	Totale Ricoveri per 1.000 abitanti (2000)	Totale Ricoveri per 1.000 abitanti (1999)	Differenza 1999-2000 su Totale Ricoveri per 1,000 abitanti	% Ricoveri ordinari (2000)	% Ricoveri ordinari (1999)	% Ricoveri DH (2000) (a)	% Ricoveri DH (1999) (b)	Differenza 1999-2000 su % Ricoveri DH (a)-(b)
PIEMONTE	197.380	135.077	62.303	46,04	48,40	-2,37	68,43	69,85	31,57	30,15	1,42
VALLE D'AOSTA	5.137	3.179	1.958	42,69	41,05	1,64	61,88	68,93	38,12	31,07	7,05
LOMBARDIA	524.708	373.158	151.550	57,88	58,28	-0,40	71,12	74,83	28,88	25,17	3,71
BOLZANO	26.413	23.715	2.698	57,10	58,86	-1,76	89,79	94,23	10,21	5,77	4,44
TRENTO	24.471	17.070	7.401	51,66	54,26	-2,60	69,76	72,79	30,24	27,21	3,03
VENETO	237.287	146.797	90.490	52,59	56,61	-4,02	61,86	65,68	38,14	34,32	3,82
FRIULI VENEZIA G.	52.527	36.095	16.432	44,32	46,24	-1,92	68,72	73,02	31,28	26,98	4,30
LIGURIA	105.459	68.860	36.599	64,86	65,17	-0,31	65,30	68,10	34,70	31,90	2,80
EMILIA ROMAGNA	222.559	122.319	100.240	55,90	60,44	-4,54	54,96	64,20	45,04	35,80	9,24
TOSCANA	179.709	117.007	62.702	50,82	50,79	0,02	65,11	70,16	34,89	29,84	5,05
UMBRIA	57.668	36.462	21.206	69,02	71,68	-2,66	63,23	63,34	36,77	33,66	3,11
MARCHE	84.121	57.579	26.542	57,58	58,45	-0,88	68,45	75,52	31,55	24,48	7,07
LAZIO	308.005	229.933	78.072	58,51	54,57	3,94	74,65	84,35	25,35	15,65	9,70
ABRUZZO	98.811	79.783	19.028	77,26	72,99	4,27	80,74	85,37	19,26	14,63	4,63
MOLISE	19.308	18.173	1.135	58,87	56,52	2,35	94,12	93,78	5,88	6,22	-0,34
CAMPANIA	309.034	244.840	64.194	53,46	52,20	1,26	79,23	81,07	20,77	18,93	1,84
PUGLIA	288.079	227.510	60.569	70,52	69,09	1,43	78,97	81,16	21,03	18,84	2,19
BASILICATA	31.097	23.930	7.167	51,30	51,43	-0,13	76,95	85,51	23,05	14,49	8,56
CALABRIA	123.541	100.438	23.103	60,25	61,99	-1,74	81,30	84,14	18,70	15,86	2,84
SICILIA	268.573	186.392	82.181	52,79	53,40	-0,61	69,40	76,21	30,60	23,79	6,81
SARDEGNA	100.538	73.202	27.336	60,86	57,70	3,16	72,81	77,59	27,19	22,41	4,78
ITALIA	3.264.425	2.321.519	942.906	56,60	56,93	-0,34	71,12	75,53	28,88	24,47	4,41

Elaborazione ASSR su dati della Direzione Generale della Programmazione - Ministero della Salute (anno 2000)

Popolazione ISTAT - 1° Gennaio 2000

* al netto dei 1.639 erroneamente codificati

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri*	Ricoveri ordinari	Ricoveri DH	Ricoveri per 1.000 abitanti**	Ric.Ordinari / Totale ricoveri %	Ric.DH / Totale ricoveri %
006 DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE.	76.918	27.670	49.248	1,33	35,97	64,03
019 MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	37.691	26.241	11.450	0,65	69,62	30,38
025 CONVULSIONI E CEFALEA ETA>17 SENZA CC	53.050	43.696	9.354	1,12	82,37	17,63
039 INTERVENTI SUL CRISTALLINO SENZA VITRECTOMIA.	382.831	238.359	144.472	6,64	62,26	37,74
040 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA>17	41.390	21.502	19.888	0,87	51,95	48,05
041 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' 0-17	8.812	6.692	2.120	0,87	75,94	24,06
042 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO RETINA IRIDE E CRISTALLINO	46.127	34.785	11.342	0,80	75,41	24,59
055 MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	67.617	60.009	7.608	1,17	88,75	11,25
065 ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	68.124	57.650	10.474	1,18	84,63	15,37
119 LEGATURA E STRIPPING DI VENE	106.303	78.605	27.698	1,84	73,94	26,06
131 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	59.460	43.972	15.488	1,03	73,95	26,05
133 ATEROSCLEROSI SENZA CC	56.321	42.926	13.395	0,98	76,22	23,78
134 IPERTENSIONE	151.847	95.708	56.139	2,63	63,03	36,97
142 SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	43.036	39.451	3.585	0,75	91,67	8,33
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	66.850	57.766	9.084	1,16	86,41	13,59
160 INTERVENTI PER ERNIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE ETA>17 SENZA CC	24.420	22.704	1.716	0,51	92,97	7,03
162 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA>17 SENZA CC	144.732	118.812	25.920	3,05	82,09	17,91
163 INTERVENTI PER ERNIA ETA' 0-17	16.101	13.822	2.279	1,59	85,85	14,15
183 ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA MAL. APP. DIGERENTE ETA>17 SENZA CC	233.826	194.403	39.423	4,92	83,14	16,86
184 ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA MAL. APP. DIGERENTE ETA' 0-17	121.541	101.410	20.131	11,97	83,44	16,56
187 ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	27.390	15.057	12.333	0,47	54,97	45,03
208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	50.997	45.164	5.833	0,88	88,56	11,44
222 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC.	133.661	111.382	22.279	2,32	83,33	16,67
232 ARTROSCOPIA	27.681	23.026	4.655	0,48	83,18	16,82
243 AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	182.031	157.145	24.886	3,16	86,33	13,67
262 BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	31.246	18.922	12.324	0,54	60,56	39,44
267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	26.002	19.114	6.888	0,45	73,51	26,49
270 ALTRI INTERVENTI SU PELLE TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC.	72.106	33.013	39.093	1,25	45,78	54,22
276 PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	7.790	3.111	4.679	0,14	39,94	60,06
281 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA>17 SENZA CC	57.297	55.091	2.206	1,21	96,15	3,85
282 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' 0-17	23.910	23.430	480	2,36	97,99	2,01
283 MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC.	9.582	8.085	1.497	0,17	84,38	15,62
284 MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC.	93.084	53.906	39.178	1,61	57,91	42,09
294 DIABETE ETA' >35	97.440	57.502	39.938	3,01	59,01	40,99
301 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC.	94.899	34.671	60.228	1,65	36,53	63,47
324 CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	87.355	71.766	15.589	1,51	82,15	17,85
326 SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE ETA>17 SENZA CC	19.014	14.020	4.994	0,40	73,74	26,26
364 DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	112.191	62.895	49.296	3,78	56,06	43,94
395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETA>17	82.760	48.394	34.366	1,74	58,48	41,52
426 NEVROSI DEPRESSIVE	33.396	28.727	4.669	0,58	86,02	13,98
427 NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE.	14.162	10.919	3.243	0,25	77,10	22,90
429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE.	44.648	34.828	9.820	0,77	78,01	21,99
467 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE.	128.786	65.168	63.618	2,23	50,60	49,40
Totale	3.264.425	2.321.519	942.906	56,60	71,12	28,88

Elaborazione ASSR su dati della Direzione Generale della Programmazione - Ministero della Salute (anno 2000)

Popolazione ISTAT - 1° Gennaio 2000

* al netto dei 1.639 erroneamente codificati

** per i DRG 025, 040, 160, 162, 183, 281, 326, 395 si fa riferimento alla pop. > 17 anni, per i DRG 041, 163, 184, 282 alla pop. 0-17 anni, per il DRG 294 alla pop. > 35 anni e per il DRG 364 a quella femminile

**PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALLE REGIONI IN MATERIA DI
ASSISTENZA FARMACEUTICA, ALLA DATA DEL 15 APRILE 2003, AI
SENSI DEL DECRETO LEGGE 18 SETTEMBRE 2001, N.347,
CONVERTITO DALLA LEGGE 16 NOVEMBRE 2001, N. 405 E
SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI**

Le tabelle contengono un circostanziato quadro informativo sui provvedimenti assunti dalle singole Regioni, riportando le compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini introdotte ai sensi degli articoli 4 e 5 della legge 405/2001, gli esenti previsti e le iniziative concernenti particolari modalità di erogazione dei farmaci agli assistiti, ai sensi dell'art. 8 della medesima legge, che di seguito si riporta:

“Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

- a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione;*
- b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;*
- c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.*

Provincia autonoma di Bolzano

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 2 € per confezione fino ad un massimo di 4 € per due o più confezioni;
- pagano 1€ per ricetta:
 - ◆ soggetti affetti da malattie croniche invalidanti come da D.M. n. 329 28/05/99;
 - ◆ soggetti affetti da malattie rare di cui al D.M. n. 279 18/05/01
 - ◆ invalidi per servizio, appartenenti alle categorie dalla seconda all'ottava categoria;
 - ◆ invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
 - ◆ sordomuti di cui all'art. 7 legge 2/4/19968 n. 482;
 - ◆ invalidi per lavoro;
 - ◆ vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
 - ◆ infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali;
 - ◆ titolari di pensione sociale e loro familiari a carico;
 - ◆ soggetti di età superiore a 65 anni appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha conseguito un reddito complessivo a 36.151,98€ (art. 8 comma 16 della L. 24-12-93 n° 537)
 - ◆ disoccupati iscritti nelle liste di collocamento (art. 8 comma 16 della L. 24-12-93 n° 537)
 - ◆ titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni (art. 8 comma 16 della L. 24-12-93 n° 537)
- Pagano 1 € per confezione a 2 € per due o più confezioni:
 - ◆ I figli fiscalmente a carico dei genitori.
 - ◆ (DGP n° 1862 del 27 maggio 2002)

Esenti totali

- soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (legge n. 210 del 25/02/92);
- indigenti (legge provinciale 2/07/920 n. 23);
- invalidi civili al 100%, ciechi con residuo visivo fino a 1/20, minorenni invalidi civili con indennità di accompagnamento;
- invalidi di guerra prima all'ottava categoria;
- grandi invalidi per servizio;
- grandi invalidi del lavoro;
- pazienti in terapia del dolore;
- soggetti di età inferiore ai 14 anni appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha conseguito un reddito complessivo pari a 36.151,98€;
- detenuti

Decorrenza: 1 luglio 2002

Art. 8 punto a:

Art. 8 punto b:

Art. 8 punto c:

Provincia autonoma di Trento

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

- **Art. 8 punto a:** l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha siglato accordi con le farmacie convenzionate e la distribuzione intermedia per l'erogazione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente; quindi le farmacie distribuiscono medicinali di proprietà dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e ricevono per questo servizio una quota % definita nell'accordo. Tale modalità erogativa è in vigore da novembre 2002.
(DGP n° 1225 del 31 maggio 2002).
- **Art. 8 punto b:** i farmaci necessari per il trattamento domiciliare sono distribuiti direttamente dalle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari a partire dal mese di marzo 2003-03-19
(DGP n° 1225 del 31 maggio 2002).
- **Art. 8 punto c:** i farmaci necessari per il primo ciclo di terapia all'atto della dimissione ospedaliera e/o della visita specialistica sono distribuiti direttamente dalle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari a partire dal mese di marzo 2003-03-19
(DGP n° 1225 del 31 maggio 2002).

Regione Abruzzo

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

Art. 8 punto a:

-distribuzione esclusiva dei principi attivi eritropoietina alfa, eritropoietina beta e somatropina tramite i servizi farmaceutici delle ASL (DGR 30-4-2002).

-distribuzione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente (all. II D.M. 22.12.2000) preferibilmente tramite i servizi farmaceutici delle ASL e, in modo residuale, anche tramite le farmacie convenzionate (linee guida della Direzione prt. N. 3421/Dir del 13.02.2003).

Art. 8 punto b: erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento di pazienti in ADI (DGR 29-3-2002). Tale distribuzione è stata avviata solo in alcune A.S.L.

Art. 8 punto c: erogazione diretta per i dimessi dei farmaci connessi con la patologia che ha portato al ricovero per 3-4 giorni di terapia (DGR 29 marzo 2002). Tale distribuzione è stata avviata solo in alcune A.S.L.

Regione Basilicata

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

Art. 8 punto a:

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente (DM 22-12-2002) per i pazienti trattati in assistenza domiciliare. La ASL provvederà alla dispensazione diretta dei farmaci per i trattamenti richiesti dagli ospiti delle residenze protette, delle case famiglie, degli ospedali delle comunità (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Art. 8 punto c: erogazione all'atto della dimissione ospedaliera dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente (DM 22-12-2002) per il periodo corrispondente alla copertura terapeutica per la fase acuta dell'episodio di cura (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Somministrazione diretta dei farmaci, per i ricoveri in Day-Hospital, per il periodo strettamente connesso al ciclo di cura programmato (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Regione Basilicata

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

Art. 8 punto a:

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente (DM 22-12-2002) per i pazienti trattati in assistenza domiciliare. La ASL provvederà alla dispensazione diretta dei farmaci per i trattamenti richiesti dagli ospiti delle residenze protette, delle case famiglie, degli ospedali delle comunità (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Art. 8 punto c: erogazione all'atto della dimissione ospedaliera dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente (DM 22-12-2002) per il periodo corrispondente alla copertura terapeutica per la fase acuta dell'episodio di cura (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Somministrazione diretta dei farmaci, per i ricoveri in Day-Hospital, per il periodo strettamente connesso al ciclo di cura programmato (DGR n° 617 del 8-4-2002).

Regione Calabria

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

1 € per confezione. Due pezzi per ricetta, tre per alcune patologie
(DGR n° 655 del 22-7-02)

Esenti:

- Invalidi totali:
 - ❑ Invalidi di guerra militare/civile con pensione diretta vitalizia
 - ❑ Grandi invalidi per servizio
 - ❑ Invalidi civili al 100%
 - ❑ Invalidi civili con accompagnamento anche se minori di 18 anni
 - ❑ Soggetti affetti da cecità
 - ❑ Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa maggiore dell'80%
- Invalidi parziali:
 - ❑ Invalidi di guerra dalla 6^a alla 8^a categoria
 - Assistiti il cui reddito annuo imponibile del nucleo familiare è pari o inferiore a 9.300 euro (pari a lire 18 milioni)

Decorrenza: 1° agosto 2002

Art. 8 punto a: E' stato sottoscritto un accordo tra l'assessorato alla Sanità e le associazioni di categoria dei farmacisti (DGR n° 1158 del 17-12-02). Erogazione diretta per i farmaci che prevedono un controllo ricorrente tramite le farmacie convenzionate esterne.

Art. 8 punto b: : E' stato sottoscritto un accordo tra l'assessorato alla Sanità e le associazioni di categoria dei farmacisti (DGR n° 1158 del 17-12-02). Distribuzione dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza residenziale, semiresidenziale tramite le farmacie convenzionate esterne. Dal 1 marzo 2003 erogazione presidi per diabetici.

Art. 8 punto c: : E' stato sottoscritto un accordo tra l'assessorato alla Sanità e le associazioni di categoria dei farmacisti (DGR n° 1158 del 17-12-02). Distribuzione dei farmaci prescritti alla dimissione dal ricovero tramite le farmacie convenzionate esterne.

Regione Campania

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:NO

Art. 8 punto a:

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei medicinali per i pazienti trattati in assistenza domiciliare sulla base del "Piano individuale di trattamento", almeno per il primo ciclo di terapia. Erogazione non attivata in tutte le ASL. (DGR n° 4064 del 7-9-2001).

Art. 8 punto c: erogazione diretta all'atto della dimissione dei farmaci necessari al primo ciclo di terapia (DGR n° 4063 del 7-9-2001).

Regione Emilia-Romagna

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

Art. 8 punto a: distribuzione da parte delle strutture aziendali delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente (DGR n° 539 del 3 aprile 2002). E' stato sottoscritto un accordo con le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati valevole sino al 31/12/2002 (DGR 1905 21/10/2002), di fatto non applicato per mancanza di risposta o risposta negativa da parte delle ditte produttrici dei medicinali.

Art. 8 punto b: distribuzione diretta dei farmaci necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (DGR n° 539 del 3 aprile 2002).

Art. 8 punto c: garanzia di continuità assistenziale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, dopo la dimissione dal ricovero ospedaliero e dopo la visita specialistica ambulatoriale (DGR n° 539 del 3 aprile 2002).

Regione FVG

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:NO

Art. 8 punto a: in corso di definizione proposta da presentare alla Giunta Regionale il 30-9-02

Art. 8 punto b: in corso di definizione proposta da presentare alla Giunta Regionale il 30-9-02

Art. 8 punto c: Relativamente alle direttive regionale sulla fornitura del 1° ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o alla visita specialistica ambulatoriale con DGR n. 4428 del 19.12.2001 è stato previsto che "Al fine di consentire alle Aziende per i Servizi Sanitari di perseguire ulteriori azioni di contenimento della spesa farmaceutica, le stesse sono autorizzate ad erogare farmaci agli assistiti direttamente tramite le proprie strutture aziendali (presidi ospedalieri interni), con riferimento alle modalità previste dal DL 18.09.2001, n. 347 convertito in legge n. 405 il 16 novembre 2001".

Le DGR n.2747/2002 e n.4502/2002 hanno inoltre ribadito la piena autonomia della aziende sanitarie nella prosecuzione di tali sperimentazioni, prevedendo comunque che per l'avvio di nuove sperimentazione, a decorrere dal 2003 ci sia una approvazione formale da parte della Regione.

Regione Lazio

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 2 confezioni per ricetta (nel periodo 1.2.02-7.4.02 una sola confezione per ricetta) con le seguenti eccezioni:
 - 6 confezioni per ricetta:
 - antibiotici monodose
 - medicinali somministrabili solo per fleboclisi
 - interferoni per soggetti affetti da epatite cronica
 - galenici preconfezionati multiprescrivibili
 - 3 confezioni per ricetta:
 - malati cronici esenti ai sensi della Dlgs 124/98
- 1 € per ciascuna confezione di importo > 5 € (dall'8 aprile 2002)
(DGR del 15 gennaio 2002 n° 34 e successive modificazioni; DGR n° 1204 del 9-8-02)

Decorrenza: 1° febbraio 2002 (2 pezzi per ricetta e 1 € per confezione dall'8 aprile 2002).

Esenti:

- tutti gli assistiti per:
 - ❑ medicinali, inseriti nel sistema del rimborso del prezzo di riferimento, di prezzo uguale o inferiore a quello di rimborso
 - ❑ i medicinali di prezzo inferiore a 5 €
- soggetti esenti ai sensi dei regolamenti di cui all'art.5, comma 1 lettere a) e b) del Dlgs124/98
- i soggetti titolari di:
 - ❑ pensioni sociali di cui all'art.26 della legge 153/69
 - ❑ assegni sociali, di cui all'art.3, comma 6, legge 335/95
 - ❑ trattamenti pensionistici di cui all'art.1 della legge 544/88
 - ❑ pensione di guerra vitalizia
- invalidi di guerra, grandi invalidi per servizio e per lavoro, invalidi civili al 100%

Art. 8 punto a: erogazione di farmaci presso le farmacie convenzionate di:

- ❑ medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente
(DGR n° 34 del 15 gennaio 2002 ; circolari n° 3,4,107,299,389).

Art. 8 punto b: le ASL assicurano l'erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei:

- ❑ pazienti ospiti, in regime residenziale e semiresidenziale, delle RSA
 - ❑ pazienti degenti presso gli Hospice
 - ❑ pazienti presso i quali siano attivati programmi di assistenza domiciliare integrata da parte dei CAD e di assistenza domiciliare programmata da parte dei medici di medicina generale
- pazienti ospiti delle Comunità terapeutiche riabilitative, dei centri diurni, delle Comunità di convivenza
(DGR n° 34 del 15 gennaio 2002; circolari n° 3,4,107,299,389)

Art. 8 punto c: erogazione diretta all'atto della dimissione da un ricovero ordinario o diurno dei farmaci necessari al primo ciclo di terapia (per ciascun prodotto farmaceutico esclusi i farmaci in classe C) DGR n° 34 del 15 gennaio 2002; circolari n° 3,4,107,299,389

Regione Liguria

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 2 € per confezione fino ad un massimo di 4€ per ricetta (DGR n° 163 del 20 febbraio 2002).

Esenti dalla quota fissa:

- invalidi per servizio di 1° categoria;
- invalidi civili al 100%;
- invalidi per servizio, appartenenti alle categorie dalla seconda all'ottava categoria;
- ciechi bioculari;
- invalidi del lavoro di 1° categoria (da 80 a 100%);
- ex deportati campi di sterminio;
- tossicodipendenti in terapia metadonica;
- danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati;
- pazienti in trattamento con analgesici oppiacei nella terapia del dolore
- invalidi di guerra militari e civili (titolari di pensione diretta vitalizia) dalla 1° all'8° categoria;

Decorrenza: 21 marzo 2002

Art. 8 punto a: distribuzione diretta dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente tramite le farmacie convenzionate (DGR 20-12-2001 n° 1597). Al momento però tale distribuzione non è ancora stata attivata.

Con la DGR n° 614 del 14-6-02 è stato approvato un protocollo d'intesa tra la regione Liguria e l'Unione ligure delle associazioni titolari di Farmacia della Liguria.

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (DGR 20-12-2001 n° 1597).

Art. 8 punto c: erogazione diretta agli assistiti al momento della dimissione ospedaliera e, ove possibile, a seguito della visita specialistica ambulatoriale dei farmaci relativi al primo ciclo di terapia (DGR 20-12-2001 n° 1597).

Regione Lombardia

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

Due euro per confezione, quattro se le confezioni prescritte in ricetta sono più d'una (dal 12-12-02). La quota è ridotta ad 1 euro a confezione per i pazienti affetti da patologie croniche e malattie rare (dal 10-03-2003)

- I pazienti affetti dalle patologie croniche individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001
- I pazienti affetti da malattie rare, individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001

pagano 1 euro a confezione. Possono essere prescritte un massimo di tre confezioni per ricetta.

(Esempio: il ticket per una ricetta con una confezione è di 1 euro; il ticket per una ricetta con tre confezioni è di 3 euro).

-
- Gli invalidi civili con invalidità superiore ai 2/3
 - Gli invalidi del lavoro con invalidità superiore ai 2/3

pagano 1 euro a confezione, con un massimo di 3 euro per ricetta.

sono esentati dal pagamento del ticket:

- Gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
- I grandi invalidi per servizio e per lavoro
- Gli invalidi civili al 100%
- Gli invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza
- I danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992
- le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
- I ciechi e i sordomuti
- I pazienti sottoposti a terapia del dolore (per questa categoria è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficiente a coprire una terapia massima di 30 giorni)
- I soggetti rientranti nell'accordo tra Regione Lombardia e Ministero della Giustizia (es.: i detenuti)
- 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 titolari di pensione sociale
- I titolari di pensione al minimo, di età superiore ai 60 anni, **e familiari a carico**, con reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,45 euro per ogni figlio a carico

Coloro che non rientrano in queste categorie pagano un ticket di 2 euro a confezione con un massimo di 4 euro per ricetta.

Art. 8 punto a: DGR del 7-6- 2002 n° 9336: distribuzione diretta dei farmaci ex nota 37 tramite le farmacie convenzionate

Art. 8 punto b:

Art. 8 punto c: erogazione diretta dei farmaci ai dimessi da strutture di ricovero ospedaliero pubbliche, sia in regime di ricovero ordinario che a ciclo diurno, in misura sufficiente al primo ciclo terapeutico (DGR n° 10246 del 6-8-02)

Regione Marche

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:No

Art. 8 punto a: approvazione di nuove procedure di approvvigionamento e di distribuzione di farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente; accordi con le farmacie ancora da definire (DGR n° 102 del 7 maggio 2002).

Art. 8 punto b: erogazione diretta di farmaci necessari al trattamento di pazienti in assistenza domiciliare, in assistenza residenziale e semiresidenziale (DGR n° 149 del 27-1-02; DGR n° 102 del 7 maggio 2002).

Art. 8 punto c: erogazione diretta di farmaci per il primo ciclo di terapia prescritto in sede di dimissione ospedaliera e/o di visita specialistica da parte delle strutture pubbliche (DGR n° 149 del 27-1-02; DGR n° 102 del 7 maggio 2002).

Regione Molise

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

1 euro per confezione di farmaco prescritto e fino ad un massimo di 3 euro per ricetta, escludendo le confezioni di farmaco il cui costo è inferiore a 5 euro (DGR n° 1188 del 16-08-03)

- **Esenti:** invalidi di guerra militari e civili (titolari di pensioni diretta vitalizia) dalla 1° alla 8° categoria;
- invalidi per servizio dalla 1° alla 8° categoria;
- invalidi civili al 100%
- ciechi bioculari
- invalidi del lavoro della I categoria (da 80% a 100%)
- Ex deportati da campi di sterminio
- Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati
- Pazienti in trattamento con farmaci analgesici oppiacei, nella terapia del dolore di cui all'art. 43, comma 3 bis, DPR 309/90 relativamente alle prestazioni disciplinate dalla legge 8-2-01 n° 12
- Tossicodipendenti per la terapia metadonica

Art. 8 punto a: Accordo in fase di definizione con le farmacie per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (DGR n° 1265 del 8-8-02).

Art. 8 punto b: Accordo in fase di definizione per l'erogazione diretta dei farmaci necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare (DGR n° 1265 del 8-8-02).

Art. 8 punto c: fornitura diretta agli assistiti dei farmaci relativi al primo ciclo terapeutico completo in fase di dimissione (DGR n° 1188 29-7-2002).

Regione Piemonte

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 2 € per confezione fino ad un massimo di 4€ per ricetta;
- antibiotici monodose medicinali somm. per fleboclisi, IFN per soggetti con epatite cronica: max 6 pezzi per ricetta, 1€ per confezione fino ad un massimo di 4€ per ricetta;
- analgesici oppiacei per la terapia del dolore: 1€ per preparazione fino ad un massimo di 2 € per ricetta;
- patologie croniche esenti: fino a 3 confezioni per ricetta, 1€ a confezione fino ad un massimo di 3€ per ricetta

(DGR n° 1-6053 del 14 maggio 2002).

Esenti:

- pensionati di guerra titolari di pensione vitalizia (sono esclusi anche dal pagamento dell'eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso);
- grandi invalidi per lavoro;
- invalidi civili al 100%;
- ciechi e sordomuti ex legge 482/68;
- detenuti e internati ex legge 230 1999;
- danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati;
- invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi,
- soggetti affetti da malattie professionali, con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- invalidi per servizio, appartenenti alle categorie dalla seconda all'ottava;
- invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
- infortunati sul lavoro.
- Pensionati minimi o sociali ultra sessantacinquenni (in vigore dal 1 giugno 2002).

Art. 8 punto a: accordo sperimentale stipulato tra Regione, farmacisti e associazione distributori farmaceutici per l'acquisto diretto fino al 31-12-2002 dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente da parte delle strutture aziendali (44 principi attivi) e la distribuzione attraverso le farmacie convenzionate (DGR 17-9-2001 n° 23-3935).

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente per i pazienti trattati in ADI (DGR 17-9-2001 n° 23-3935).

Art. 8 punto c:

Regione Puglia

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

tre confezioni per ricetta

- a) 1 Euro per ricetta (quota fissa per ricetta)
- b) 1,5 Euro a pezzo (ticket sui farmaci) fino a un massimo per tale voce di 4,5 euro per ricetta.

Derogano a tale disposizione:

- i medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge 405/2001 per i quali è confermata la possibilità di prescrivere 6 pezzi per ricetta e che sono soggetti alla quota fissa di 1 euro per ogni prescrizione fino a un massimo di 4 euro per ricetta;
- i farmaci oppioidi di cui alla legge 12/2001 per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni e per i quali il ticket è stabilito in 1,5 euro per ogni prescrizione fino ad un massimo di 4,5 euro per ricetta.

(DGR n° 1162 del 8-8-02)

Esenti totali:

- i grandi invalidi del lavoro
- i grandi invalidi di servizio
- gli invalidi civili al 100%
- gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
- titolari di sola pensione sociale (oltre alla casa di abitazione)
- nuclei familiari con reddito annuo fino a 7000 Euro

Esenti parziali:

- nuclei familiari con reddito annuo fino a 11.000 euro
- soggetti di età > 65 anni con reddito nucleo familiare fino a 24.000 euro
- nell'ambito di nuclei familiari con reddito annuo fino a 16.000 euro:
 - a) i pazienti in trattamento con farmaci oppioidi limitatamente ai farmaci correlati alla terapia in atto
 - b) i pazienti portatori di patologie neoplastiche maligne
 - c) i cittadini esenti per patologie di cui al DM 1.2.91, DM 28.5.1999, n. 329 e DM 18.5.2001, n. 279 per farmaci correlati alla patologia
 - d) cittadini di cui alla legge 238/1997 limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/92.

Gli esenti parziali:

- 1 Euro per ricetta
- 1 euro a pezzo fino a un massimo per tale voce di 3 euro per ricetta. Derogano a tale disposizione:
- i medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge 405/2001 per i quali è confermata la possibilità di prescrivere 6 pezzi per ricetta e che sono soggetti alla quota fissa di 1 euro per ogni prescrizione fino a un massimo di 3 euro per ricetta;
- i farmaci oppioidi di cui alla legge 12/2001 per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni e per i quali il ticket è stabilito in 1 euro per ogni prescrizione fino ad un massimo di 3 euro per ricetta.

Decorrenza: Dal giorno 10 agosto 2002

Art. 8 punto a: accordi con farmacie ancora da definire.

Reso esecutivo un accordo sperimentale con le farmacie per la distribuzione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (DGR n° 833 del 2-7-2002).

Art. 8 punto b: le ASL assicurano l'erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale (DGR n° 203 del 8-3-2002).

Art. 8 punto c: erogazione diretta all'atto della dimissione da un ricovero ordinario o diurno o anche a seguito di visita specialistica, dei farmaci necessari al primo ciclo di terapia, per un periodo massimo di 30 giorni (DGR n° 203 del 8-3-2002).

Regione Sardegna

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 1,50 per confezione fino ad un massimo di 3 euro per ricetta. Derogano a tale disposizione i medicinali pluriprescrivibili (a base di antibiotici in confezione monodose, a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi) che sono soggetti ad una quota fissa di compartecipazione alla spesa pari a 0,50 euro a pezzo, fino ad un massimo di 3 euro per ricetta

(Deliberazione del 31-7-2002 n° 26/1)

Esenti:

- esenti per reddito ed età ai sensi della legge 24 dicembre 1993 n° 537
- titolari di esenzione per invalidità ai sensi dell'art.6 del DM 1/2/91)
- detenuti e internati
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
- titolari di esenzione per patologia cronica e per malattie rare (la durata della terapia prescritta non può superare i 30 giorni)
- soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni e donazioni d'organo

Decorrenza: 5 agosto 2002

Art. 8 punto a: erogazione diretta tramite le farmacie convenzionate dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente (Protocollo d'intesa tra Regione e Federfarma sottoscritto in data 11-3-02 ai sensi della DGR n° 7/38 del 6-3-02). Non operativo per cui è in vigore la duplice via di distribuzione con nota n° 6017/4/1 del 12-2-03.

Sono state impartite linee di indirizzo alle Aziende USL per la distribuzione diretta degli antipsicotici atipici.

Art. 8 punto b:

Art. 8 punto c:

Regione Sicilia

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:

- 1,55 € per ricetta per prescrizioni di 1 confezione e
3,10 € per ricetta per prescrizioni di più confezioni; 0,52 per confezione fino ad max di 3 pezzi per gli esenti per patologia

(D.A. n° 1064 del 27 giugno 2002 con decorrenza 8 luglio 2002)

Esenti:

- Non pagano alcuna quota
- ❑ Invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
- ❑ Invalidi civili al 100%
- ❑ Grandi invalidi per servizio e del lavoro
- Sono esenti dal costo dei farmaci di fascia C solo i pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie ossia gli invalidi militari e civili che hanno subito per fatti di guerra menomazioni permanenti dell'integrità personale ascrivibili ad una delle categorie (dalla 1° all'8°) di cui alla tabella A allegata alla legge 18 marzo 1968, n°313 e successive modificazioni.

Art. 8 punto a:

Art. 8 punto b: E' stato costituito il 21 novembre 2002 un tavolo tecnico con un provvedimento del dipartimento dell' ispettorato sanitario.

Art. 8 punto c: E' stata emanata la circolare assessoriale n° 1095 del 25-9-2002 con decorrenza dal 27-10-03 che disciplina le modalità di erogazione dei farmaci occorrenti per il primo ciclo terapeutico completo (1 confezione per un periodo max di 10 giorni) a seguito dalla dimissione dal ricovero ordinario e day surgery.

Regione Toscana

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino: NO

Art. 8 punto a: erogazione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente dei pazienti tramite le farmacie convenzionate (DGR n° 135 del 11-2-2002 e DGR n° 1263 del 18-11-02).

Art. 8 punto b: erogazione dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (DGR n° 135 del 11-2-2002 e DGR n° 1263 del 18-11-02).

Art. 8 punto c: erogazione diretta di farmaci a seguito di dimissione dal ricovero o visita ambulatoriale (DGR n° 135 del 11-2-02 e DGR n° 1263 del 18-11-02).

Regione Umbria

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:NO

Art. 8 punto a: distribuzione da parte delle strutture delle Aziende Sanitarie attraverso i servizi farmaceutici delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente (DGR n° 291 del 13-03-02). Non sono stati fatti accordi con le farmacie convenzionate.

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale (DGR n° 291 del 13-3-2002).

Art. 8 punto c: erogazione diretta all'atto della dimissione dei farmaci necessaria garantire la continuità assistenziale fino alla stabilizzazione della fase acuta della patologia trattata in regime di ricovero (DGR n° 291 del 13-3-2002).

Regione Valle d'Aosta

Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino:NO

Art. 8 punto a: erogazione diretta e anche tramite farmacie dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente dei pazienti (DGR 15 aprile 2002)

Art. 8 punto b: erogazione diretta dei farmaci nelle comunità ma non per l'ADI (DGR n° 2782 del 30-7-01)

Art. 8 punto c: erogazione diretta di farmaci all'atto della dimissione ospedaliera per il primo ciclo di terapia (Deliberazione del direttore generale n° 1446 del 2-7-02)

Decorrenza: 1 aprile 2003

Art. 8 punto a: accordi con le farmacie convenzionate per l'erogazione di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, tranne epoetina alfa e beta, interferoni, somatropina, fattori di crescita emopoietici, previa valutazione del direttore generale della ASL (DGR n° 1999 del 26-7-02)

Art. 8 punto b: erogazione dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, avvalendosi eventualmente delle farmacie convenzionate (DGR n° 354 del 15 febbraio 2002)

Art. 8 punto c: erogazione diretta dei farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente ad un confezione per farmaco prescritto (DGR n° 354 del 15 febbraio 2002)

ALLEGATO 5

STRALCIO DELLA RELAZIONE SULLO STATO DEI LAVORI DEL TAVOLO DI MONITORAGGIO E VERIFICA SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA DI CUI AL PUNTO 15 DELL'ACCORDO 8 AGOSTO 2001 DELLA QUALE IL PRESIDENTE DELLA CONFERENZA HA TENUTO UNA COMUNICAZIONE NEL CORSO DELLA SEDUTA DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 1° AGOSTO 2002

2. QUESTIONI INTERPRETATIVE SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANCHE CON RIFERIMENTO AGLI ASPETTI SOCIO SANITARI;

Con nota del 9 aprile 2002 la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano ha chiesto l'avvio di un confronto sulla circolare del 7 marzo 2002 del Ministero della salute sui problemi applicativi del d.P.C.M. 29 novembre 2001 recante: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Dagli esiti dell'ultima riunione del Tavolo del 17 luglio 2002 si riportano i punti specifici sui quali si è convenuto:

1. Certificazioni: Il Tavolo ha esaminato le questioni inerenti l'esclusione dai Lea delle certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva (all.2 A, lett. e) del DPCM, ed ha rilevato la necessità di ulteriori approfondimenti che potrebbero rendere opportuna una modifica del suddetto allegato, in particolare per quanto attiene alle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva, all'affidamento o all'adozione di minori e allo svolgimento del servizio civile.

2. Prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale: l'allegato 2A del dPCM esclude dai livelli di assistenza 18 prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (in regime) ambulatoriale. Le prestazioni di laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia e mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B del DPCM su disposizione regionale. Da tale previsione discende:

- a. l'inserimento delle 4 prestazioni nell'allegato 2B, per particolari condizioni cliniche e con specifiche limitazioni, su disposizione regionale, non richiede ulteriori specifici finanziamenti da parte della regione, che deve fare fronte ai relativi oneri con le risorse complessive assegnate per il finanziamento del Servizio sanitario regionale. E' comunque esclusa ogni ipotesi di ripiano di eventuali disavanzi attribuibili all'erogazione di tali prestazioni, che dovrebbero, pertanto, essere contabilizzate separatamente.
- b. l'esclusione delle prestazioni riguarda esclusivamente l'ambito della specialistica ambulatoriale (2E) vale a dire l'attività (codificata dal d.m. 22 luglio 1996 e dai nomenclatori regionali) svolta dai "presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale" (secondo la definizione delle Linee guida per le attività di riabilitazione di cui all'Accordo Governo-Regioni del 7 maggio 1998). L'esclusione non riguarda l'eventuale ricorso a detti trattamenti nell'ambito di un progetto riabilitativo individuale eseguito dai "centri ambulatoriali di riabilitazione", dalle Residenze Sanitarie Assistenziali, dalle "strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale" e dai "centri socio-riabilitativi", ovvero al domicilio, nell'ambito dei livelli 2G (assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare) e 2H (assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale).

3. Prevenzione collettiva: sono stati esaminati in particolare i problemi applicativi delle seguenti due linee prestazionali:

- il controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro (l.n. 977/1967 e succ. mod.);
- la valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge (d.lgs. n. 626/94).

Al riguardo è stato segnalato che il Ministero del lavoro, con circolare 17. 1. 2001, n. 11/2001, ha fornito chiarimenti circa le visite sanitarie ai minori ed agli apprendisti, precisando che:

1. gli accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro, ai fini della valutazione dell'idoneità alla mansione specifica,
2. gli accertamenti periodici di controllo dello stato di salute dei lavoratori per esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica,

sono effettuati o dal medico competente (quando l'attività svolta rientra tra quelle soggette a sorveglianza sanitaria) o dal medico del Ssn (per le altre attività) a cura e spese del datore di lavoro. Pertanto, nei confronti dei minori, sia gli accertamenti preventivi che gli accertamenti periodici di idoneità alla mansione specifica non sono inclusi nei LEA (pur essendo di competenza del Ssn per le attività non soggette a sorveglianza sanitaria).

Per quanto riguarda gli apprendisti maggiorenni (che svolgono attività non soggetta a sorveglianza sanitaria), la sola norma di riferimento sancisce l'obbligo di "una visita medica preventiva gratuita presso la struttura pubblica territorialmente competente"; quando gli apprendisti maggiorenni svolgono attività soggette a sorveglianza sanitaria, all'obbligo della suddetta visita medica preventiva, si aggiunge l'obbligo di una visita del medico competente ex d.lg. n. 626/1994. Rimangono di competenza del Ssn, dunque, le visite mediche preventive gratuite per l'idoneità alla mansione specifica degli apprendisti maggiorenni.

4. Area dell'integrazione socio-sanitaria: l'allegato 1C del DPCM, riporta una "tabella riepilogativa" delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale e delle prestazioni in cui le componenti sanitaria e sociale non sono distinguibili.

Tale allegato, confermando lo schema concettuale e le tipologie prestazionali previste dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e dal DPCM del 14 febbraio 2001, fissa i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche attraverso la precisazione puntuale delle percentuali di costi da far gravare sul suddetto Servizio.

Per quanto riguarda la quota a carico del Comune o dell'assistito, è opportuno chiarire che il valore percentuale indicato dalla tabella si riferisce esclusivamente alla prestazione a fianco della quale è riportato (e che contiene l'indicazione "cfr. % colonna a fianco).

Ciò premesso, relativamente ad alcuni quesiti pervenuti, si precisa quanto segue:

- a. Aiuto infermieristico: le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'Assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale;
- b. AIDS: laddove l'allegato 1C indica come destinatari delle prestazioni le "persone affette da AIDS", vuol fare riferimento, con una formulazione impropriamente restrittiva, alle "persone con patologie per infezioni da HIV", così come previsto dal d.P.C.M. 14 febbraio 2001; per quanto riguarda l'attività sanitaria e sociosanitaria in regime residenziale, la tabella deve essere interpretata, conformemente a quanto previsto dal DPCM, nel senso che le cure ed i trattamenti farmacologici nella fase intensiva ed estensiva sono a totale carico del Ssn, mentre, nella fase di lungoassistenza, la retta (tariffa) è posta a carico del Ssn per il 70% ed a carico dell'utente o del Comune per il restante 30%. Tale ultima quota, come è evidente, non rappresenta una "partecipazione alla spesa per i trattamenti farmacologici" come ipotizzato da taluno, bensì l'onere corrispondente alle prestazioni sociali ed assistenziali, incluse quelle cd. "alberghiere".

- c. Disabili: per quanto riguarda l'attività sanitaria e socio-sanitaria in regime residenziale nell'ambito di programmi riabilitativi a favore dei disabili, il DPCM sui LEA deve essere interpretato nel senso che le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica sono a totale carico del Ssn, mentre, nella fase di lungoassistenza, se il ricorso alla residenzialità è motivato dalla gravità (disabili gravi) la retta (tariffa) è posta a carico del Ssn per il 70% ed a carico dell'utente o del Comune per il restante 30%.
Nel caso in cui il ricorso alla residenzialità sia motivato dalla mancanza di sostegno familiare, le quote sono fissate rispettivamente nel 40% (Ssn) e nel 60% (utente o Comune).

Relativamente ad alcuni quesiti specifici che possono rivestire un interesse generale, si rileva:

1. Medicine non convenzionali:
 - l'esclusione della chiropratica, come medicina non convenzionale, non riguarda la prestazione di manipolazione della colonna vertebrale così come indicata nel DM 26 luglio 1996;
 - l'esclusione dell'agopuntura dai LEA comporta l'esclusione dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale anche della prestazione "99.92 altra agopuntura" della branca di anestesia; rimane inclusa, perché esplicitamente richiamata, la prestazione "99.91 agopuntura per anestesia"; la prestazione "93.35 agopuntura con moxa revulsivante", della branca di medicina fisica, è esclusa in quanto richiamata dalla lett. f) dell'allegato 1A del DPCM;
2. Accertamenti per la tutela della maternità per mansioni lavorative a rischio: - l'art. 17 del d.lgs. n. 151/2001 prevede che il servizio ispettivo del Ministero del lavoro possa disporre l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in gravidanza, sulla base di accertamento medico, avvalendosi dei competenti organi del Ssn ai sensi degli articoli 2 e 7 del d.lgs. n. 502/1992. Gli "accertamenti" non ulteriormente specificati, rientrano tra le attività di "Tutela della salute delle lavoratrici madri" elencate nel livello della prevenzione collettiva.
3. Fisioterapia ad assicurati INAIL: le prestazioni escluse dai LEA, qualora prescritte da medici dell'Istituto a favore di infortunati sul lavoro e tecnopatici o autorizzate dall'Istituto stesso, debbono essere poste a carico dell'INAIL.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002

CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 14 FEBBRAIO 2002

OGGETTO: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Visto l'articolo 2, comma 1, lettera *b*), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto;

Visto l'articolo 4, comma 1 del predetto decreto legislativo, nel quale si prevede che, in questa Conferenza, Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

Visto il decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449", ed in particolare l'articolo 3, commi 10-15, nei quali si prevede la definizione, da parte delle regioni, dei criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione della stessa;

Visto il decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" ed in particolare l'articolo 6 che prevede la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria sancito dalla Conferenza permanente per i

rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano l'8 agosto 2001, che, al punto 6, stabilisce le risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sancito da questa Conferenza il 22 novembre 2001;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;

Considerato che il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;

Visti gli articoli 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", e successive modificazioni, che prevedono il finanziamento, con quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, di progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, e del successivo programma approvato dalla Conferenza Stato-Regioni che individua la riduzione delle liste di attesa tra gli obiettivi prioritari in attuazione del Piano sanitario nazionale;

Valutata la necessità di adottare ulteriori misure per garantire l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza individuati;

Rilevato che la soluzione del problema coinvolge principalmente le competenze regionali per l'appropriatezza, la trasparenza e l'urgenza, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e che, perciò, è necessario un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni per individuare, entro tre mesi, le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie;

Ribadito, comunque, che le soluzioni individuate non debbano comportare oneri economici aggiuntivi;

Considerato che la materia può essere affrontata con un accordo ad integrazione delle iniziative già adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione del decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124, al fine di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute in modo uniforme sul territorio nazionale per le prestazioni ritenute essenziali di cui al d.P.C.M. del 29 novembre 2001, con il quale vengano formulati

criteri di priorità e modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza;

Vista la proposta di accordo, trasmessa dal Ministro della salute il 12 febbraio 2002;

Considerato che, il 13 febbraio 2002, in sede tecnica Stato-Regioni, sono state convenute alcune modifiche al testo dell'accordo in questione, salvo verifica ;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno consegnato un nuovo testo dell'accordo in questione con le modifiche proposte dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, di cui allegato sub A);

Tenuto conto che il Presidente ha dato lettura del testo nelle parti evidenziate in grassetto e dell'undicesimo e dodicesimo capoverso delle premesse riportate in quest'accordo;

Considerato che nel corso della seduta di questa Conferenza si è convenuto di inserire una lettera c) al punto 7 del presente accordo così formulata nel corso della seduta: "*L'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, oppure il ricorso a contratti di "service" con ambulatori o studi professionali associati purchè accreditati, anche se provvisoriamente*";

Considerato altresì che questa Conferenza nell'esprimere intesa, nell'odierna seduta, sullo schema di d.P.C.M. recante in allegato le : "Linee-guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa", ha apportato al punto 3 delle stesse la seguente modifica :

-alla quinta alinea, dopo la parola "definiti", inserire le seguenti:" **e sulla base di quanto individuato ai sensi del punto a) dell'Accordo Governo-Regioni del 14 febbraio 2002**", modifica da intendersi analogamente riportata al punto 3 della lettera b) del presente accordo;

Considerato che il Ministro della salute ha dichiarato di convenire sul testo dell'accordo di che trattasi , così come convenuto nel corso della seduta;

Considerato altresì che il rappresentante del Ministero dell'economia ha dichiarato di convenire sul testo del presente accordo, in quanto integra quello precedentemente sancito nella seduta del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, precisando in particolare che il punto 8 dello stesso è da ritenersi fondamentale in quanto dall'applicazione dell'accordo non dovranno derivare oneri aggiuntivi;

Acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sanciscono il seguente accordo:

- a:** individuare, entro tre mesi dalla stipula del presente accordo, attraverso un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie; sulla base di un lavoro istruttorio svolto dal tavolo di monitoraggio previsto al punto 5.2 dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza;
- b:** di concordare le seguenti linee-guida sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa:
1. Le Regioni e le province autonome indicano, entro il 31 maggio 2002, i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse.
 2. Sulla base delle indicazioni sull'appropriatezza ed urgenza delle prestazioni di cui al comma 1, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano adottano specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta.
 3. Le indicazioni regionali previste al punto 1 integrano quanto già disposto in attuazione dell'art. 3, comma 10, del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, nonché dei progetti di cui all'art.1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni. In particolare le regioni e le province autonome, in base ai criteri di priorità dalle stesse definiti e sulla base di quanto individuato ai sensi del punto a) del presente accordo, fissano e aggiornano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero, e ne danno idonea pubblicità.
 4. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali e provinciali formulate in applicazione dei punti 1 e 2.
 5. L'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce un elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del trattamento economico del direttore generale connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti. Il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza

dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza ed urgenza all'interno dell'azienda sanitaria anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati.

6. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad attivare sistemi di monitoraggio dei tempi e dei procedimenti trasmettendo i relativi dati al Ministro della salute e, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al tavolo di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria previsto al punto 15 dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, ai fini dell'elaborazione di periodici rapporti.
7. Con lo stesso atto di cui al punto 1, le regioni e le province autonome, disciplinano nelle situazioni caratterizzate da particolare urgenza:
 - a) L'eventuale attribuzione alle équipes sanitarie, sulla base di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, di forme di incentivazione specificamente finalizzate al rispetto dei tempi di attesa di cui al presente Accordo;
 - b) L'eventuale espletamento di prestazioni libero professionali nei confronti dell'azienda stessa anche da parte del proprio personale sanitario dipendente (dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), finalizzate al rispetto delle liste di attesa. Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori dall'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale
 - c) L'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, oppure il ricorso a contratti di "service" con ambulatori o studi professionali associati purché accreditati, anche se provvisoriamente.
8. Per l'applicazione del presente accordo non dovranno derivare oneri aggiuntivi rispetto al quadro finanziario complessivo definito dal punto 6 dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano l'8 agosto 2001.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1488 dell'11 luglio 2002

CONFERENZA STATO REGIONI

SEDUTA DELL'11 LUGLIO 2002

OGGETTO: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, sancito da questa Conferenza il 14 febbraio 2002 (rep. Atti n.1386), rettificato con l'atto dell'8 marzo 2002 (Rep. atti n.1412);

CONSIDERATO che al punto a) del predetto accordo si prevede l'individuazione, entro tre mesi dalla stipula, attraverso un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, delle soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie, sulla

base di un lavoro istruttorio svolto dal tavolo di monitoraggio previsto al punto 5.2 dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza;

CONSIDERATO che il citato tavolo di monitoraggio , nel corso delle riunioni del 23 aprile, 16 maggio, 11 e 26 giugno 2002 , ha predisposto il documento in oggetto, approvato in sede tecnica, convenendo che lo stesso sarebbe stato oggetto di un accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni ;

CONSIDERATO che il 10 luglio u.s. sono pervenute le modifiche apportate dagli Assessori alla sanità al citato documento, che sono state trasmesse ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno consegnato un nuovo testo del documento oggetto di accordo con le modifiche proposte dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'allegato sub A), sulle quali il Ministro della salute ha dichiarato di convenire;

CONSIDERATO altresì che il Presidente di questa Conferenza, su richiesta del Ministro dell'Economia e Finanze, ha dichiarato che l'accordo in questione dovrà rispettare la clausola di salvaguardia finanziaria di cui al punto 8 dell'accordo del 14 febbraio 2002, nella quale si precisa che non debbano derivare oneri aggiuntivi rispetto al quadro finanziario complessivo di cui al punto 6 dell'accordo sancito da questa Conferenza in materia di spesa sanitaria l'8 agosto 2001;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

Tenuto conto che , con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, sancito da questa Conferenza il 14 febbraio 2002 , al punto a) si è convenuto di:

"individuare, entro tre mesi dalla stipula , attraverso un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie; sulla base di un lavoro istruttorio svolto dal tavolo di monitoraggio previsto al punto 5.2 dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza";

che si è convenuto altresì che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;

che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato e individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;

sanciscono il seguente accordo:

avente ad oggetto il "Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), rettificato con l'atto dell'8 marzo 2002(Rep. atti n.1412) sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa", che allegato sub B), è parte integrante del presente provvedimento.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia

ALLEGATO A

(Testo modificato dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità delle regioni e Province Autonome del 10 luglio 2002)

Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Scopo e campo di applicazione

L'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il giorno 14 febbraio 2002 ha previsto una serie di azioni volte ad affrontare in maniera organica il tema delle liste di attesa. In particolare si è stabilito:

- di individuare un percorso comune per individuare le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie (punto a) dell'Accordo);
- che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;
- che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato;
- che le Regioni individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;
- che le Regioni inseriscano come elemento di valutazione dei direttori generali l'inosservanza dei tempi di attesa stabiliti;
- che le Regioni si attivino per utilizzare la libera professione nei confronti dell'azienda per diminuire le liste di attesa delle prestazioni critiche.

Il tavolo di monitoraggio LEA, con il presente documento, vuole fornire gli elementi per soddisfare quanto richiesto al punto a) dell'accordo che delega la Conferenza all'individuazione delle soluzioni più efficaci almeno per la fissazione dei tempi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie. Gli altri punti dell'accordo che si riferiscono alle linee guida (punto b), non saranno trattati in quanto di competenza delle Regioni. Comunque, tenuto conto della complessità delle tematiche che le Regioni si trovano ad affrontare, si ritiene opportuno concordare degli orientamenti per affrontare il problema dell'individuazione delle priorità d'accesso delle prestazioni, in modo da poter condividere gli ambiti di sviluppo e le relative criticità. Per quanto riguarda l'individuazione degli strumenti per affrontare in maniera organica la tematica dei tempi di

attesa si rimanda ai contenuti del documento che una Commissione ministeriale ha stilato nel maggio 2001 sulla tematica. In esso sono affrontati gli aspetti relativi all'intero processo delle liste di attesa, dalla prescrizione, alla prenotazione, all'erogazione, al monitoraggio e all'informazione e comunicazione ai cittadini.

L'ambito di applicazione del presente documento è costituito dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali che costituiscono il primo accesso dei cittadini alle strutture sanitarie ed a quelle di ricovero. Sono quindi escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica e quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di screening di massa soggetti a specifiche cadenze temporali, **nonché le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico e che necessitano di approfondimento.** L'individuazione di priorità clinica deve essere una realtà sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative

Il presente documento affronta le seguenti tematiche:

1. priorità ed appropriatezza
2. indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche
3. classificazione nazionale delle classi di priorità
4. individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale
5. sistema di monitoraggio
6. comunicazione ed informazione dei cittadini

1. Priorità ed appropriatezza

Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato.

Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

In ogni caso va sottolineato che le suddette iniziative per aumentare il grado di appropriatezza sono da ritenersi prioritarie, in quanto in loro mancanza si corre il rischio di vanificare le indicazioni contenute nel presente documento. In tal senso va previsto anche un confronto interregionale da realizzarsi con il supporto dell'ASSR.

2. Indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche

La realtà quotidiana ci fa comprendere che gli specialisti, anche in Italia, applicano criteri di priorità anche in assenza di procedure concordate in quanto la pratica clinica induce l'applicazione di criteri di differenziazione dovuti principalmente all'esperienza clinica e al buon senso, anche se non indotti da norme generali di sistema. Affrontare in maniera organica questo problema significa garantire ai cittadini un accesso alle strutture sanitarie equo e omogeneo sul territorio regionale. I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate. Le modalità di individuazione di criteri di priorità risente anche delle diverse tipologie di prestazioni in quanto il ricovero elettivo ha già un quadro abbastanza definito mentre le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata. Pertanto gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono le seguenti:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato¹;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

3. Classificazione nazionale delle classi di priorità

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, risulta fortemente raccomandabile identificare e condividere un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. A livello regionale dovranno essere individuate le specifiche cliniche per ogni classe, per le patologie e prestazioni che la stessa Regione indicherà di interesse per il livello territoriale. In sostanza al paziente sarà garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite in relazione allo stato clinico presente.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati è quella australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione, stabilendo 3 categorie.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, si possono individuare le seguenti classi:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o

¹ ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio

	grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi si ritiene auspicabile che le Regioni si attivino per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Per le prestazioni ambulatoriali, in mancanza di indicazioni internazionali, si possono prendere come punto di partenza i risultati di alcune esperienze italiane e definire le seguenti classi di priorità:

CLASSE DI PRIORITA' PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza

	la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni
--	--

Le prestazioni per le quali non necessita individuare una priorità, tenendo conto che stiamo sempre parlando di primi accessi, sono da considerarsi potenzialmente inappropriate e quindi da valutarne con attenzione la prescrivibilità.

Le Regioni individueranno autonomamente le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e le condizioni cliniche specifiche che costituiranno il contenuto delle classi esposte. Le prestazioni saranno individuate in base alle esigenze e alle evidenze specifiche di ogni area territoriale.

Un apposito gruppo di lavoro interregionale, con il supporto dell'ASSR, provvederà a definire criteri di progressiva omogeneizzazione della attribuzione delle prestazioni alle varie classi di priorità, effettuata dalle singole Regioni.

4. Individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale

Di seguito sono elencati i criteri principali per l'individuazione delle aree o delle prestazioni specialistiche sulle quali lavorare a livello regionale e nazionale:

- tutte le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/ nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/nazionale ritiene di alto valore socio sanitario;
- tutte le prestazioni o ambiti connesse a particolari patologie per le quali il livello regionale/nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Risulta necessario che a livello centrale si concordi su alcune tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali stabilire obiettivi comuni e modalità di verifica uniformi, come livello di garanzia di equità del SSN.

Gli ambiti e le prestazioni di interesse nazionale sono:

Patologia oncologica

Questa tematica è molto sentita a livello nazionale e rappresenta un problema significativo per molte realtà regionali. La tempestività della diagnosi e della terapia oncologica, in termini di capacità di riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi definitiva e alla conseguente terapia, rappresentano un obiettivo imprescindibile del sistema sanitario nazionale, al fine di raggiungere buoni risultati terapeutici, migliorando, a lungo termine, la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti. Nello specifico si intende individuare degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. Le prestazioni di quest'area dove individuare obiettivi comuni sono le seguenti:

- Effettuazione della prima visita specialistica per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;
- Effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista
- Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento **indicato** da parte dello specialista.

Inoltre, le Regioni si impegnano a promuovere l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.

I tempi sopra esposti sono massimi da garantire su tutto il territorio nazionale. Tenuto conto della complessità della tematica si ritiene opportuno individuare alcuni ambiti specifici sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico a decorrere dal 1° luglio 2003. Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che molte Regioni stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

Prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo è quello di individuare alcune prestazioni, molto diffuse e richieste dall'utenza, in modo da impegnare le Regioni a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno ad garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si conviene che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione.

Tale valore è fissato al **80%** alla data del 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati di monitoraggio di cui si individuano le modalità al punto 5 del presente documento.

Prestazioni di ricovero

Anche in questo caso si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità sopra individuate in maniera diffusa sul territorio, per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, si ritiene che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su poche prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si conviene che, le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

5. Sistema di monitoraggio

Il monitoraggio delle prestazioni critiche di cui al paragrafo 4 viene effettuato nell'ambito del più complessivo flusso informativo sui tempi e le liste d'attesa attualmente in fase di sperimentazione da parte del Ministero della salute. In tale flusso saranno pertanto ricomprese le prestazioni critiche del paragrafo 4 la cui misura avverrà con opportune modalità, idonee a verificare il rispetto dei tempi concordati a livello nazionale.

In alcuni casi specifici, nei quali la misurazione risulta particolarmente difficoltosa per la scarsa delimitabilità della prestazione (es. asportazione di tumore maligno entro 30 giorni), si può ritenere che dando ampia diffusione all'utenza dei tempi massimi individuati, si possano attivare e garantire meccanismi di autotutela, con la raccolta di eventuali segnalazioni per il mancato rispetto.

In alternativa, per queste prestazioni le Regioni possono attivare indagini ad hoc.

Per soddisfare le esigenze informative del tavolo di monitoraggio, le Regioni si impegnano a fornire dati attraverso la partecipazione ad una rilevazione ad hoc, preliminare rispetto alla approvazione definitiva del flusso informativo, che il Ministero e il tavolo di monitoraggio di cui al punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, condurranno entro l'anno in corso.

Lo sviluppo della tematica della razionalizzazione dei tempi di attesa comporta, di fatto, la necessità di rimodulare le modalità di monitoraggio che devono essere anche delegate al livello locale: infatti le classiche modalità di monitoraggio sono compatibili con un sistema di razionalizzazione dei tempi di attesa concepito in linea con quanto stabiliva il d.lgs. 124/98. A livello regionale, la

misurazione dei tempi d'attesa correlati alle classi di priorità richiederà anche la raccolta delle seguenti informazioni:

- la corrispondenza tra la codifica effettuata dal prescrittore e quella confermata dallo specialista,
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza,
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie.

Lo scenario diventa quindi sicuramente più complesso e questo comporta che le Regioni e le Aziende si devono attrezzare in maniera adeguata, con flussi informativi specifici che diano informazioni in tempi limitati, per poter conoscere l'andamento del sistema. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale diventa quindi importante prevedere flussi informativi che forniscano, per ogni prestazione resa, informazioni dettagliate che possano permettere di:

- verificare sia la prescrizione che la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- monitorare aspetti di tipo quantitativo, come i volumi di attività, la tipologia delle prestazioni richieste e la spesa generata, e di tipo organizzativo e gestionale come i tempi di attesa e la tipologia di attività effettuata;
- valutare gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda l'attività di ricovero risulta opportuno prevedere che la data di prenotazione debba essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale.

Inoltre con questa informazione riportata sulla SDO è possibile anche stimare, in modo semplice, il numero di pazienti in lista, utilizzando il dato di produzione: infatti la moltiplicazione del numero di pazienti trattati in media al giorno con l'attesa media in giorni può permettere di stimare il numero dei pazienti in lista, nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile.

In ogni caso nella valutazione delle liste di attesa registrate nelle singole realtà locali e regionali occorrerà depurare i dati dal possibile effetto confondente dei casi relativi a pazienti

che pur potendo ottenere la prestazione nel tempo ritenuto adeguato presso una struttura normalmente accessibile, decidono, in base al principio della libera scelta, di richiedere la prestazione presso altra struttura da essi prescelta anche nella consapevolezza di dover attendere un tempo maggiore.

6. Comunicazione ed informazione agli utenti

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione agli utenti, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario prevedere la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso al ricovero. E' quindi necessario offrire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce. Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni potrebbe essere l'adozione di sistemi centralizzati in cui la gestione degli aspetti suddetti siano affidate ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.

ALLEGATO B

Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Scopo e campo di applicazione

L'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il giorno 14 febbraio 2002 ha previsto una serie di azioni volte ad affrontare in maniera organica il tema delle liste di attesa. In particolare si è stabilito:

- di individuare un percorso comune per individuare le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie (punto a) dell'Accordo);
- che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;
- che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato;
- che le Regioni individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;
- che le Regioni inseriscano come elemento di valutazione dei direttori generali l'inosservanza dei tempi di attesa stabiliti;
- che le Regioni si attivino per utilizzare la libera professione nei confronti dell'azienda per diminuire le liste di attesa delle prestazioni critiche.

Il tavolo di monitoraggio LEA, con il presente documento, vuole fornire gli elementi per soddisfare quanto richiesto al punto a) dell'accordo che delega la Conferenza all'individuazione delle soluzioni più efficaci almeno per la fissazione dei tempi di attesa per prestazioni selezionate in relazioni a particolari patologie. Gli altri punti dell'accordo che si riferiscono alle linee guida (punto b), non saranno trattati in quanto di competenza delle Regioni. Comunque, tenuto conto della complessità delle tematiche che le Regioni si trovano ad affrontare, si ritiene opportuno concordare degli orientamenti per affrontare il problema dell'individuazione delle priorità d'accesso delle prestazioni, in modo da poter condividere gli ambiti di sviluppo e le relative criticità. Per quanto riguarda l'individuazione degli strumenti per affrontare in maniera organica la tematica dei tempi di

attesa si rimanda ai contenuti del documento che una Commissione ministeriale ha stilato nel maggio 2001 sulla tematica. In esso sono affrontati gli aspetti relativi all'intero processo delle liste di attesa, dalla prescrizione, alla prenotazione, all'erogazione, al monitoraggio e all'informazione e comunicazione ai cittadini.

L'ambito di applicazione del presente documento è costituito dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali che costituiscono il primo accesso dei cittadini alle strutture sanitarie ed a quelle di ricovero. Sono quindi escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica e quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di screening di massa soggetti a specifiche cadenze temporali, nonché le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico, che necessitano di approfondimento. L'individuazione di priorità clinica deve essere una realtà sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative

Il presente documento affronta le seguenti tematiche:

7. priorità ed appropriatezza
8. indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche
9. classificazione nazionale delle classi di priorità
10. individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale
11. sistema di monitoraggio
12. comunicazione ed informazione dei cittadini

1. Priorità ed appropriatezza

Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato.

Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

In ogni caso va sottolineato che le suddette iniziative per aumentare il grado di appropriatezza sono da ritenersi prioritarie, in quanto in loro mancanza si corre il rischio di vanificare le indicazioni

contenute nel presente documento. In tal senso va previsto anche un confronto interregionale da realizzarsi con il supporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

2. Indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche

La realtà quotidiana ci fa comprendere che gli specialisti, anche in Italia, applicano criteri di priorità anche in assenza di procedure concordate in quanto la pratica clinica induce l'applicazione di criteri di differenziazione dovuti principalmente all'esperienza clinica e al buon senso, anche se non indotti da norme generali di sistema. Affrontare in maniera organica questo problema significa garantire ai cittadini un accesso alle strutture sanitarie equo e omogeneo sul territorio regionale. I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate. Le modalità di individuazione di criteri di priorità risente anche delle diverse tipologie di prestazioni in quanto il ricovero elettivo ha già un quadro abbastanza definito mentre le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata. Pertanto gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono le seguenti:

8. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
9. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
10. tendenza al peggioramento a breve;
11. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
12. implicazioni sulla qualità della vita;
13. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato²;
14. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

² ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

3. Classificazione nazionale delle classi di priorità

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, risulta fortemente raccomandabile identificare e condividere un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. A livello regionale dovranno essere individuate le specifiche cliniche per ogni classe, per le patologie e prestazioni che la stessa Regione indicherà di interesse per il livello territoriale. In sostanza al paziente sarà garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite in relazione allo stato clinico presente.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati è quella australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione, stabilendo 3 categorie.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, si possono individuare le seguenti classi:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi si ritiene auspicabile che le Regioni si attivino per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Per le prestazioni ambulatoriali, in mancanza di indicazioni internazionali, si possono prendere come punto di partenza i risultati di alcune esperienze italiane e definire le seguenti classi di priorità:

CLASSE DI PRIORITA' PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni

Le prestazioni per le quali non necessita individuare una priorità, tenendo conto che stiamo sempre parlando di primi accessi, sono da considerarsi potenzialmente inappropriate e quindi da valutarne con attenzione la prescrivibilità.

Le Regioni individueranno autonomamente le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e le condizioni cliniche specifiche che costituiranno il contenuto delle classi esposte. Le prestazioni saranno individuate in base alle esigenze e alle evidenze specifiche di ogni area territoriale.

Un apposito gruppo di lavoro interregionale, con il supporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, provvederà a definire criteri di progressiva omogeneizzazione della attribuzione delle prestazioni alle varie classi di priorità, effettuata dalle singole Regioni.

4. Individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale

Di seguito sono elencati i criteri principali per l'individuazione delle aree o delle prestazioni specialistiche sulle quali lavorare a livello regionale e nazionale:

- tutte le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/ nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/nazionale ritiene di alto valore socio sanitario;
- tutte le prestazioni o ambiti connesse a particolari patologie per le quali il livello regionale/nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Risulta necessario che a livello centrale si concordi su alcune tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali stabilire obiettivi comuni e modalità di verifica uniformi, come livello di garanzia di equità del SSN.

Gli ambiti e le prestazioni di interesse nazionale sono:

Patologia oncologica

Questa tematica è molto sentita a livello nazionale e rappresenta un problema significativo per molte realtà regionali. La tempestività della diagnosi e della terapia oncologica, in termini di

capacità di riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi definitiva e alla conseguente terapia, rappresentano un obiettivo imprescindibile del sistema sanitario nazionale, al fine di raggiungere buoni risultati terapeutici, migliorando, a lungo termine, la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti. Nello specifico si intende individuare degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. Le prestazioni di quest'area dove individuare obiettivi comuni sono le seguenti:

- Effettuazione della prima visita specialistica per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;
- Effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista
- Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista.

Inoltre, le Regioni si impegnano a promuovere l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.

I tempi sopra esposti sono massimi da garantire su tutto il territorio nazionale. Tenuto conto della complessità della tematica si ritiene opportuno individuare alcuni ambiti specifici sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico a decorrere dal 1° luglio 2003. Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che molte Regioni stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

Prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo è quello di individuare alcune prestazioni, molto diffuse e richieste dall'utenza, in modo da impegnare le Regioni a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno ad garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si conviene che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione.

Tale valore è fissato al 80% alla data del 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati di monitoraggio di cui si individuano le modalità al punto 5 del presente documento.

Prestazioni di ricovero

Anche in questo caso si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità sopra individuate in maniera diffusa sul territorio, per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, si ritiene che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su poche prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si conviene che, le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

5. Sistema di monitoraggio

Il monitoraggio delle prestazioni critiche di cui al paragrafo 4 viene effettuato nell'ambito del più complessivo flusso informativo sui tempi e le liste d'attesa attualmente in fase di sperimentazione da parte del Ministero della salute. In tale flusso saranno pertanto ricomprese le prestazioni critiche del paragrafo 4 la cui misura avverrà con opportune modalità, idonee a verificare il rispetto dei tempi concordati a livello nazionale.

In alcuni casi specifici, nei quali la misurazione risulta particolarmente difficoltosa per la scarsa delimitabilità della prestazione (es. asportazione di tumore maligno entro 30 giorni), si può ritenere che dando ampia diffusione all'utenza dei tempi massimi individuati, si possano attivare e garantire meccanismi di autotutela, con la raccolta di eventuali segnalazioni per il mancato rispetto.

In alternativa, per queste prestazioni le Regioni possono attivare indagini ad hoc.

Per soddisfare le esigenze informative del tavolo di monitoraggio, le Regioni si impegnano a fornire dati attraverso la partecipazione ad una rilevazione ad hoc, preliminare rispetto alla approvazione definitiva del flusso informativo, che il Ministero e il tavolo di monitoraggio di cui al punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, condurranno entro l'anno in corso.

Lo sviluppo della tematica della razionalizzazione dei tempi di attesa comporta, di fatto, la necessità di rimodulare le modalità di monitoraggio che devono essere anche delegate al livello locale: infatti le classiche modalità di monitoraggio sono compatibili con un sistema di razionalizzazione dei tempi di attesa concepito in linea con quanto stabiliva il d.lgs. 124/98. A livello regionale, la

misurazione dei tempi d'attesa correlati alle classi di priorità richiederà anche la raccolta delle seguenti informazioni:

- la corrispondenza tra la codifica effettuata dal prescrittore e quella confermata dallo specialista,
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza,
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie.

Lo scenario diventa quindi sicuramente più complesso e questo comporta che le Regioni e le Aziende si devono attrezzare in maniera adeguata, con flussi informativi specifici che diano informazioni in tempi limitati, per poter conoscere l'andamento del sistema. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale diventa quindi importante prevedere flussi informativi che forniscano, per ogni prestazione resa, informazioni dettagliate che possano permettere di:

- verificare sia la prescrizione che la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- monitorare aspetti di tipo quantitativo, come i volumi di attività, la tipologia delle prestazioni richieste e la spesa generata, e di tipo organizzativo e gestionale come i tempi di attesa e la tipologia di attività effettuata;
- valutare gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda l'attività di ricovero risulta opportuno prevedere che la data di prenotazione debba essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale.

Inoltre con questa informazione riportata sulla SDO è possibile anche stimare, in modo semplice, il numero di pazienti in lista, utilizzando il dato di produzione: infatti la moltiplicazione del numero di pazienti trattati in media al giorno con l'attesa media in giorni può permettere di stimare il numero dei pazienti in lista, nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile.

In ogni caso nella valutazione delle liste di attesa registrate nelle singole realtà locali e regionali occorrerà depurare i dati dal possibile effetto confondente dei casi relativi a pazienti che pur

potendo ottenere la prestazione nel tempo ritenuto adeguato presso una struttura normalmente accessibile, decidono, in base al principio della libera scelta, di richiedere la prestazione presso altra struttura da essi prescelta anche nella consapevolezza di dover attendere un tempo maggiore.

7. Comunicazione ed informazione agli utenti

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione agli utenti, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario prevedere la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso al ricovero. E' quindi necessario offrire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce. Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni potrebbe essere l'adozione di sistemi centralizzati in cui la gestione degli aspetti suddetti siano affidate ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.

ASSISTENZA SANITARIA AGLI STRANIERI EXTRACOMUNITARI IN ITALIA

1. Quadro normativo:

- L. 6.03.1998, n. 40
- D.Lgs. 25.07.1998, n. 286 e Regolamento applicativo
- Circolare n. 5 del 24.03.2000 emanata dal Ministero della Sanità

2. Cittadini interessati:

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e gli apolidi, qui di seguito suddivisi per tipologia corrispondente alle prestazioni sanitarie cui hanno diritto:

- **stranieri in regola con il permesso di soggiorno;**
- **stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno;**
- **stranieri in Italia per motivi di cura;**

3. Tipologia del cittadino straniero extra-comunitario e relativa forma assistenziale dovuta:

3.1 Stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio nazionale.

All'interno di questa fattispecie è possibile introdurre un'ulteriore distinzione tra:

- 3.1.1 Iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Nazionale;
- 3.1.2 Iscritti volontariamente al Servizio Sanitario Nazionale;
- 3.1.3 Non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

3.1.1 iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Nazionale in possesso di regolare permesso di soggiorno

Ai sensi di legge sono obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, se in possesso di regolare permesso di soggiorno:

- gli stranieri con eventuali familiari a carico i quali abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
- gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno o che ne abbiano chiesto il rinnovo, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo,
- anche per motivi familiari, per affidamento, per attesa adozione, per acquisto della cittadinanza, per asilo politico, per asilo umanitario e per richiesta di asilo. I cittadini stranieri con permesso di soggiorno per richiesta di asilo sono equiparati ai disoccupati italiani

Per tali soggetti *l'iscrizione è obbligatoria ed avviene solo a seguito dell'esibizione alla competente A.S.L. del regolare permesso di soggiorno o del certificato sostitutivo dello stesso (se in corso di rinnovo).*

Ai sensi di legge è riconosciuta competente la A.S.L. nel cui territorio lo straniero *ha la residenza anagrafica o abitualmente dimora (domicilio indicato nel permesso di soggiorno).*

L'iscrizione obbligatoria al S.S.N. è valida per tutta la durata di validità del permesso di soggiorno.

Tutti i soggetti indicati sono interamente equiparati ai cittadini italiani anche per ciò che riguarda la “posizione ticket” per cui valgono le stesse regole che si osservano per gli iscritti al Ssn.

Il diritto all'iscrizione obbligatoria viene meno contestualmente alla scadenza, revoca o annullamento del permesso di soggiorno, oppure in caso di espulsione, salvo che l'interessato esibisca documentazione comprovante richiesta di rinnovo del permesso o pendenza del ricorso avverso i suddetti provvedimenti.

3.1.2 stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno con facoltà di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale

Gli stranieri che, pur essendo in possesso di regolare permesso di soggiorno, non risultino iscritti al S.S.N.. in quanto non appartenenti a nessuna delle categorie indicate al punto 3.1.1 devono assicurarsi contro il rischio di malattia, infortunio e per la maternità mediante la stipula di apposita polizza assicurativa con un Istituto Assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale oppure mediante iscrizione facoltativa al Servizio Sanitario

Nazionale, previo versamento di un contributo annuale (valido per anno solare), rinnovabile e nella misura stabilita con Decreto Ministeriale.

Condizione essenziale affinché il cittadino straniero in possesso di regolare permesso di soggiorno possa iscriversi al S.S.N. è che la durata dello stesso sia superiore a tre mesi.

Eccezione è costituita dagli studenti e dalle persone alla pari cui viene concessa la possibilità di iscriversi al S.S.N. anche in presenza di permesso di soggiorno inferiore ai tre mesi.

L'iscrizione dello straniero e dei familiari al S.S.N. avviene dietro corresponsione di un contributo annuale stabilito con il D.M. dell'8.10.1986, artt. 1 e 4, nella misura del 7,50 per cento del reddito complessivo conseguito in Italia e all'estero nell'anno precedente; la percentuale è ridotta al 4 per cento sulla quota di reddito eccedente i 20.658,25 euro (40 milioni di lire) e fino al limite di 51.645,70 (100 milioni). In ogni caso il contributo non può essere inferiore a 387,35 euro. Oppure di 219,49 €.= per le persone collocate alla pari e di 149,75 €.= per gli studenti privi di redditi diversi da borse di studio o sussidi erogati da Enti Pubblici italiani.

L'iscrizione avviene presso la A.S.L. del Comune in cui lo straniero dimora abitualmente, secondo quanto già visto per gli iscritti obbligatoriamente al S.S.N.

In tal caso, come avviene anche per gli stranieri iscritti obbligatoriamente al S.S.N., gli iscritti volontariamente sono equiparati ai cittadini italiani anche per ciò che riguarda la “posizione ticket”.

3.1.3 Cittadini stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale

Agli stranieri in possesso di permesso di soggiorno di durata inferiore a tre mesi e per tutti coloro che pur avendo i requisiti per poter richiedere l'iscrizione facoltativa non vi abbiano provveduto, sono comunque assicurate, dietro corresponsione dei relativi oneri, le prestazioni per cure urgenti ed essenziali e quelle indicate nei punti a), b), c), d), e) del T.U. 286/98 (vedi in seguito).

Per tutte le prestazioni sanitarie a costoro erogate, ma lasciate insolute, si rinvia a quanto previsto per i cittadini non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

Resta inteso che per tutte le altre prestazioni sanitarie non urgenti od essenziali erogate a richiesta del cittadino straniero, questi sarà tenuto a corrispondere la relativa tariffa prevista per ciascuna prestazione ricevuta.

3.2 Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

Ai cittadini stranieri "irregolari" sono assicurate dalle strutture pubbliche e private accreditate le prestazioni sanitarie previste dal comma 3 dell'art. 35 del D.Lgs. 25.07.1998, n. 286 e cioè:

(a) Cure urgenti o comunque essenziali.

Si qualificano come **cure urgenti** quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona e **cure essenziali** le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

Qualora lo straniero versi in condizioni di indigenza (la quale sia documentata con autocertificazione), **gli oneri corrispondenti alle prestazioni erogate (compresi i tickets non pagati), sia in regime di ricovero che in via ambulatoriale sono interamente a carico del Ministero dell'Interno, attraverso le competenti Prefetture..**

(b) Interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura correlate.

L'art. 35 del D.Lgs. 25.07.1998, n. 286 stabilisce che agli stranieri irregolarmente residenti nel territorio nazionale siano garantiti con oneri a loro carico:

- a) la tutela della salute del minore (fino al compimento del 18^o anno d'età);
- b) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
- c) gli interventi di profilassi internazionale;
- d) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Il finanziamento delle prestazioni indicate nei precedenti punti a), b), c), d), -lasciate insolute a seguito di sottoscrizione della dichiarazione di indigenza - sono a carico della A.S.L. del territorio in cui la prestazione viene erogata.

L'art. 35 prevede anche la tutela sociale della gravidanza e della maternità: per le donne in gravidanza fino al 6° mese di età del bambino, le questure rilasciano un permesso di soggiorno sulla base del quale si provvede all'iscrizione al Ssn di madre e bambino.

Allo straniero irregolare ed indigente deve essere assegnato dalla struttura erogante, sempre che lo straniero non ne sia già in possesso e non l'abbia con sé, il codice regionale a sigla **STP** (straniero temporaneamente presente) costituito da sedici caratteri di cui: tre per la sigla STP, sei per il codice ISTAT, relativo alla Regione (3 caratteri) ed alla struttura erogante le prestazioni (3 caratteri), e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

La registrazione dello straniero mediante il codice STP deve essere necessariamente effettuata da tutte le strutture che erogano le prestazioni sanitarie previste dall'art. 35 del T.U. *ai soli fini della rendicontazione e della richiesta di rimborso* degli oneri per le prestazioni.

Il codice STP ha una durata semestrale alla scadenza della quale è necessario procedere al rinnovo o ad una nuova assegnazione. L'identificazione del cittadino straniero mediante codice **STP non dà diritto all'iscrizione al S.S.N. e non è assolutamente ad essa equiparabile.**

Ai sensi del comma 5 dell'art. 35 del T.U. l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di P.S., salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano.

3.3 Stranieri in Italia con visto di ingresso per motivi di cura.

Una fattispecie a sé stante è rappresentata dai cittadini stranieri che intendano effettuare, dietro pagamento dei relativi oneri, cure mediche in Italia.

Ai sensi di legge costoro possono richiedere il visto ed il relativo permesso di soggiorno se in possesso della documentazione elencata dall'art. 44 del Regolamento applicativo del D.L.gs. 25.07.1998, n. 286 e cioè:

- Dichiarazione della struttura sanitaria prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa;
- Attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale pari al 30% sulla base del costo presumibile delle prestazioni richieste;

- Documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio.

Non sono invece tenuti alla corresponsione degli oneri per cure mediche ricevute, gli stranieri che si trasferiscano in Italia nell'ambito di programmi umanitari e quindi, previa autorizzazione, rilasciata dal Ministero della Sanità, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri.

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
PIEMONTE	<i>D.G.R. n. 57 –5740, 3/4/2002</i>	<i>Attuazione L. 405 e Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La deliberazione prevede che le prestazioni socio-sanitarie di cui all'All. 1C siano garantite con le modalità vigenti fino al 30 giugno 2002. Poiché i budget assegnati alle Aziende sanitarie sono stati formulati considerando i minori costi per la sanità, in applicazione dei Lea, come un accantonamento a favore della riduzione delle liste d'attesa sui servizi territoriali (in particolare la semi e residenzialità nell'area sociosanitaria e l'incremento dell'assistenza domiciliare), fino a quella data le ASL continueranno ad assumere i costi già sostenuti per le prestazioni socio-sanitarie previste dalle norme e da provvedimenti regionali.	
VALLE AOSTA	<i>D.G.R. n. 2594, 15/07/2002</i>	<i>Definizione dei LEA resi dal SSR ai sensi del DPCM 29/11/2001 e art. 34 legge 724/1994</i>	Le deliberazioni non dettano disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
	<i>D.G.R. n.5191, 30/12/ 2002</i>	<i>Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza</i>		

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
LOMBARDIA	<i>D.G.R. n.8077, 18/2/ 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La deliberazione n. 9569 del 28/6/2002 rinvia ad un successivo provvedimento ogni determinazione inerente l'area di integrazione sociosanitaria, continuando ad assicurare a carico del SSR le prestazioni dell'allegato 1C con le modalità vigenti.	
	<i>D.G.R. n. 8866, 24/4/ 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001, II° provvedimento</i>		
	<i>D.G.R. n. 9569, 28/6/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001 III° provvedimento</i>		
PROV. TRENTO	<i>D.G.P. n. 3276, 23/12/02</i>	<i>Recepimento DPCM 29.11.01 e linee guida provinciali</i>	La DGP n. 3276 del 23.12. 02 rinvia a successivi provvedimenti ogni determinazione inerente l'area di integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle percentuali di costo a carico dell'utente per le prestazioni di rilevanza sociale, ovvero per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili. La deliberazione prevede altresì il rinvio a successivi provvedimenti per la revisione delle prestazioni erogate in alcuni ambiti assistenziali, tra i quali le attività consultoriali e quelle in attuazione della legge sull'handicap, che continuano ad essere erogate secondo le modalità vigenti.	
PROV. BOLZANO	<i>L.P. n. 14, 15.11.02</i>	<i>Modifiche alla legge di riordino del Ssp n. 7/01</i>	La legge afferma che il SSP garantisce i LEA fissati a livello nazionale	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
VENETO	<p>D.G.R. n.492, 8/3/2002</p> <p>D.G.R n.2227, 9/8/2002 e D.G.R. n. 2413, 13/9/2002</p> <p>D.G.R. n. 3972, 30/12/2002</p>	<p>Recepimento DPCM 29/11/2001</p> <p>Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative. Secondo provvedimento</p> <p>Recepimento DPCM 29.11.2001, disposizioni applicative. Terzo provvedimento</p>	<p>Con D.G.R n.2227 del 9.8.2002 è stato recepito l'allegato 1C e sono state individuate le singole tipologie erogative di carattere sociosanitario, con l'indicazione delle modalità di applicazione delle stesse da parte delle Aziende Ulss, disponendo che a decorrere dall'1.10.2002 dette Aziende rendano uniforme il proprio profilo erogativo. Con successiva D.G.R. n. 3972 del 30.12.2002 sono state apportate modifiche alla D.G.R. n. 2227 del 9.8.2002 ed è stato individuato il termine del 1.1.2003 per la decorrenza del riparto degli oneri ivi previsti. Livelli regionali aggiuntivi:</p>	<p>Area materno infantile - Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per l'interruzione di gravidanza, per la protezione del minore in stato di abbandono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mediazione familiare rivolta a coniugi e coppie separate o che intendono separarsi e che hanno figli minori <p>100% spesa sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prestazioni socio-riabilitative a sostegno di minori affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico in regime semiresidenziale e residenziale. Si tratta di prestazioni socio-riabilitative non previste dal DPCM, in cui la componente sanitaria è molto variabile ed in qualche caso marginale, che deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali. <p>fino al 70% spesa sanitaria - almeno 30% spesa sociale</p> <p>Area disabili fisici, psichici, sensoriali - attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione anche quando attengono al sollievo della famiglia erogate in regime semiresidenziale nella fase di lungoassistenza <p>67,5spesa sanitaria – 32,5 spesa sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prestazioni di residenzialità sociosanitaria presso le RSA comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative <p>50% spesa sanitaria 50% spesa sociale, con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base di standard regionali. L'onere del 10% di spesa sanitaria aggiuntivo rispetto al 40% previsto dal DPCM, corrisponde al livello aggiuntivo regionale</p> <p>Area anziani – Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegni di cura di cui alla LR 28/91 e all'art. 40 LR 5/2001; <p>100% spesa sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ iniziative di telesoccorso e teleassistenza <p>100% spesa sanitaria, fatta salva la quota di compartecipazione dell'utente.</p>

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
FRIULI VG	<i>D.G.R. n. 2747, 29.7.2002</i>	<i>Provvedimenti urgenti in materia sanitaria</i>	Con riferimento all'allegato 1C, la DGR prevede che l'Agenzia regionale alla sanità, in collaborazione con alcune Aziende, la Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali e alcuni Comuni effettuino un'indagine specifica sulla situazione esistente al fine di definire le regole per il 2003.	
LIGURIA	<i>D.G.R. n. 196, 8/3/2002 D.G.R. n. 396, 24/4/2002 D.G.R. n. 397, 24/4/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La DGR n. 196 del 8/3/2002 prevede l'avvio di un processo di ricognizione, in collaborazione con gli Enti Locali, al fine di definire entro il 30/6/2002, la coerente ed omogenea applicazione dell'allegato 1C	
EMILIA R.	<i>D.G.R. n. 295, 25/2/2002 e Ratifica del Consiglio del 27/3</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La DGR n. 295 del 25/2/2002 rinvia a successivo provvedimento l'armonizzazione delle disposizioni regionali vigenti in materia di integrazione sociosanitaria con il DPCM 29/11/2001 - allegato 1C. Il medesimo provvedimento prevede che le Aziende Usl sono tenute ad applicare le disposizioni regionali vigenti fino alla data del successivo provvedimento.	
TOSCANA	<i>D.G.R. n. 561, 3/6/02</i>	<i>Determinazioni applicative DPCM</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
MARCHE	<i>Circolare n. 3653, 22/2/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	Le deliberazioni non dettano disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
	<i>D.G.R. 1323, 16/7/2002</i>	<i>DPCM 29/11/2001, Indirizzi per l'attuazione della disciplina dei LEA</i>		
UMBRIA	<i>D.G.R. n. 292, 13/3/ 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
LAZIO	<i>D.G.R. n. 255, 1/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
ABRUZZO	<i>D.G.R. n. 152, 22/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001, primi provvedimenti</i>	Le deliberazioni non dettano disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
	<i>D.G.R. n. 659, 1/8/2002</i>	<i>Definizione dei livelli</i>		
MOLISE	<i>D.G.R. n. 1187, 29/07/2002</i>	<i>DPCM 29/11/2001, provvedimenti</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
CAMPANIA	<i>D.G.R. n. 1082, 15/3/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La DGR 3890 del 2/6/2002 prevede la definizione, entro il 2002, da parte dell'Assessorato alla Sanità, dell'Assessorato alle Politiche Sociali e dell'Assessorato agli Enti Locali di una più compiuta disciplina regionale dei LEA socio-sanitari di cui all'allegato 1C. In particolare, al fine di formulare una proposta di indirizzi e criteri regionali per la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie, il provvedimento prevede la ricognizione puntuale delle prestazioni socio-sanitarie, dando priorità alle macroaree degli anziani, handicap, salute mentale. La DGR n. 6467 fornisce indirizzi e indicazioni (organizzative, gestionali ed economiche) per la programmazione integrata tra Comuni e ASL dei servizi e delle prestazioni dell'area socio-sanitaria, con priorità per quelle con partecipazione finanziaria dei Comuni; la partecipazione decorre dall'1/4/2003 per le sole prestazioni riprogrammate congiuntamente; sono rimborsate le spese di competenza sostenute fino al 31/3/2003.	
	<i>D.G.R. n. 3890, 2/8/2002</i>	<i>Compartecipazione spesa sociosanitaria</i>		
	<i>D.G.R. n. 6467 del 30/12/2002</i>	<i>Indirizzi di programmazione per un sistema integrato di interventi socio- sanitari</i>		
PUGLIA	<i>D.G.R. n. 310, 8/4/2002</i>	<i>Entrata in vigore del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Prime disposizioni applicative</i>	La delibera prevede la costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di un documento di commento ed indirizzo applicativo dell'allegato 1	
BASILICATA	<i>D.G.R. n. 366, 4/3/2002</i>	<i>Direttiva vincolante per la gestione delle ASL;</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	

REGIONE	ATTO	OGGETTO ATTO	SINTESI CONTENUTI	LIVELLI AGGIUNTIVI
CALABRIA	<i>D.G.R. n. 233, 19.3. 2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001 avente ad oggetto "definizioni dei livelli essenziali di assistenza</i>	Le deliberazioni non dettano disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
	<i>D.G.R. n.263, 21.10.2002</i>	<i>Livelli essenziali di assistenza</i>		
SICILIA	<i>Decreto Assessore Sanità n. 01062, 27/6/2002</i>	<i>Recepimento DPCM 29/11/2001</i>	La deliberazione non detta disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C	
SARDEGNA	<i>D.G.R. n. 43/9, 20/12/ 2002</i>	<i>Disposizioni attuative DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"</i>	La deliberazione recepisce i contenuti dell'allegato 1C ed invita le ASL ad attivare i Comuni perché assumano gli oneri di propria competenza (incluso il 50% del costo dell'assistenza infermieristica in ADI). Prevede il potenziamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e persone con problemi psichiatrici per i quali rileva scarsa disponibilità.	

Lo schema riassuntivo dell'applicazione da parte delle Regioni e Province autonome dell'allegato 1C al DPCM 29.11.2001 è stato redatto sulla base delle deliberazioni regionali e provinciali disponibili al Tavolo alla data del 31. 12. 2002.

Nella colonna **ATTO** sono stati indicati **solo** i provvedimenti aventi oggetto di carattere generale e che quindi non fanno riferimento o riguardano esclusivamente l'applicazione di uno specifico allegato al DPCM.

Sono quindi disponibili i dati relativi a 21 Regioni o Province autonome.

Dalla lettura dei provvedimenti emerge che la maggior parte delle Regioni non ha dettato alcuna disposizione sull'applicazione dell'allegato 1C oppure ha rimandato a successivi atti detta applicazione, costituendo appositi gruppi di lavoro per la redazione di indirizzi e criteri.

Soltanto il Veneto ha adottato due provvedimenti di recepimento dell'allegato in esame, definendo altresì i livelli aggiuntivi regionali e le modalità di ripartizione della relativa spesa (colonna livelli aggiuntivi).