



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta
(7[^] legislatura)

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo
Fabio
Renato
Giancarlo
Marialuisa
Antonio
Marino
Massimo
Raffaele
Antonio
Floriano
Ermanno
Raffaele

Galan
Gava
Chisso
Conta
Coppola
De Poli
Finozzi
Giorgetti
Grazia
Padoin
Pra
Serrajotto
Zanon

Segretario

Antonio

Menetto

n. 2227 del 9 Agosto 2002

OGGETTO: DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" –Disposizioni applicative. Secondo provvedimento.

Il Vice-Presidente, Assessore alle Politiche Sanitarie, Fabio Gava, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali Antonio De Poli riferisce quanto segue:

“ Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, ed entrato in vigore il 23 febbraio 2002, sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il DPCM in questione è stato preceduto dall'accordo del 22 novembre tra Governo e Regioni che ha provveduto a definire i suddetti livelli da garantire a tutti i cittadini, in relazione alle risorse finanziarie messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto le Regioni, in attuazione della potestà legislativa concorrente, possono, con propri provvedimenti, procedere ad eventuali modifiche delle prestazioni erogate. Tutto ciò secondo le norme vigenti e con l'indicazione di prestazioni escluse o parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Nello stesso accordo sono state indicate le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione, lasciando alle Regioni la disciplina dei criteri e delle modalità per contenere il ricorso e l'erogazione delle stesse.

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. predetto, il Ministero della Salute ha, altresì, proposto un accordo con il quale pervenire alla definizione di criteri di priorità e modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza.

La Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 14 febbraio 2002 ha sancito il predetto accordo sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Detto accordo ha previsto 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. Si è disposto, inoltre, che l'accordo stesso divenisse l'allegato 5 al predetto DPCM sui Livelli di assistenza quali linee guida da adottare da parte delle Regioni.

Il tavolo di monitoraggio previsto dall'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza, cui è stato affidato il compito di individuare le soluzioni più efficaci su quanto oggetto di accordo, è il tavolo istituito secondo quanto previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001 presso la Conferenza Stato Regioni, con i compiti primari di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria 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. All'attivazione dello stesso si è proceduto dopo la pubblicazione del DPCM sui livelli essenziali di assistenza sanitaria nella G. U del 18 febbraio 2002, supplemento ordinario n. 20 e il tavolo ha iniziato i propri lavori il 23 aprile.

Per l'attuazione del DPCM 29 novembre 2001, con nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale n. 11034/50.01.00 del 26 febbraio 2002 sono state emanate prime disposizioni applicative alle Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere della Regione del Veneto.

Con successiva deliberazione della Giunta regionale n.492 dell' 8.3.2002 sono state confermate le prime sopra richiamate disposizioni applicative, disponendo, altresì, ulteriori integrazioni.

In particolare, si è deliberato:

- ◆ di dare atto che la lista delle prestazioni erogabili a carico del S.S.N. è da considerarsi aggiornata, a partire dal 23 febbraio 2002, in conformità a quanto previsto nel DPCM 29 novembre 2001, restando fermo che laddove gli allegati al DPCM prevedono limitazioni o specificazioni delle condizioni erogative da adottarsi con provvedimenti nazionali o regionali, l'efficacia delle stesse decorrerà dalla data di entrata in vigore di tali provvedimenti.
- ◆ di confermare che le prestazioni di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001 sono da considerarsi escluse dai LEA a partire dalla stessa data del 23 febbraio 2002, convenendo, comunque, che le prestazioni prescritte in data pari o anteriore al 23 febbraio 2002, purché prenotate entro e non oltre il giorno 11 marzo 2002, sono da intendersi erogabili.
- ◆ Per quanto concerne la prestazione massoterapia distrettuale riflessogena, è da considerarsi esclusa dall'erogabilità la corrispondente prestazione del nomenclatore massoterapia distrettuale" (codice 93.39.1), mentre una successiva valutazione sarà fatta per la prestazione "massoterapia connettivo riflessogena" (codice I 93.40.1), che quindi continua ad essere erogabile.
- ◆ Per quanto riguarda le seguenti tre prestazioni: 1. Elettroterapia antalgica, 2. Laserterapia antalgica, 3. Ultrasuonoterapia, poiché la Regione intende esercitare la facoltà di mantenerle tra le prestazioni comprese tra quelle indicate dall'allegato 2B, esse continuano ad essere erogate fino al 30 giugno 2002, in attesa che vengano definite linee guida e predisposti pacchetti prestazionali integrati, che ne disciplineranno nuove modalità erogative.
- ◆ Per quanto riguarda le prestazioni di Mesoterapia, le stesse continuano ad essere erogate ma esclusivamente a scopo antalgico o decontratturante o antiflogistico, con tali indicazioni esplicitamente riportate nella prescrizione.
- ◆ Per quanto riguarda le prestazioni di 1) Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia semplice"; 2) Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia complessa"; 3) Rieducazione motoria in gruppo, le stesse possono continuare ad essere erogate in acqua, se facilitate dal mezzo idrico, ma tariffate come se rese in ambiente asciutto.
- ◆ Per quanto riguarda le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica, fino alla determinazione da parte della Giunta Regionale del nuovo profilo tariffario da porre a carico dei richiedenti, vanno mantenute, quale importo onnicomprensivo da corrispondersi a fronte delle prestazioni ricevute, le preesistenti quote di Lire 50.000 per le certificazioni relative agli sport agonistici di cui alla tabella A del DM 18.2.82 e di Lire 70.000 per le certificazioni relative

agli sport agonistici di cui alla tabella B del DM 18.2.82, fermo restando la esenzione dal pagamento delle stesse dei soggetti di età inferiore ai 18 anni ai sensi della DGR n. 850/99.

- ◆ Di confermare che le prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001 continuano ad essere erogate alle condizioni previgenti fino all'adozione dei provvedimenti che ne fisseranno le indicazioni cliniche specifiche.
- ◆ di confermare che le prestazioni di cui all'allegato 2C nel DPCM 29 novembre 2001 continuano ad essere erogate secondo le previgenti condizioni, in attesa che, sulla base delle rilevazioni regionali, sia indicato, con apposito provvedimento, un valore percentuale/soglia di ammissibilità e fatto salvo, da parte della Regione, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

E' stato, altresì, disposto di: a) predisporre: un complessivo documento di commento ed indirizzo applicativo dell'allegato 1 del DPCM in oggetto - tenendo presenti le indicazioni degli allegati 3 e 4 del medesimo DPCM - da approvarsi con successivo atto deliberativo, fermo restando che il pieno adattamento alla realtà regionale dei nuovi LEA sarà conseguito in sede di nuovo Piano Socio Sanitario Regionale; b), predisporre un documento contenente indicazioni cliniche specifiche – in attesa e salvo quanto eventualmente stabilito a livello nazionale in applicazione del punto 4.2 dell'accordo Stato Regioni del 22 novembre 2001 in materia di LEA- per le erogazione delle prestazioni comprese nell'allegato 2B nonché la definizione di un percorso applicativo di quanto indicato nell'allegato 2C del DPCM in oggetto; c) di definire i profili tariffari da porre a carico degli utenti delle prestazioni non più comprese nei livelli essenziali di assistenza secondo quanto previsto dall'allegato 2 A del DPCM in oggetto.

Si dà, inoltre, atto che con DGR n.1767 del 28 giugno 2002 è stato prorogato fino al 31 luglio 2002 il termine per l'erogazione delle prestazioni di Elettroterapia antalgica; Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia.

Con successiva nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale n. 37466/50.01.00 in data 31.7 2002, i cui contenuti si propone ora di confermare, detto termine è stato prorogato fino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento.

Con la presente deliberazione, si intende ora fornire ulteriori indicazioni per l'attuazione del DPCM predetto, con specifico riferimento ai contenuti della DGR n.492/2002 sopra riportati.

Per **le prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM in oggetto**, parzialmente escluse dai LEA, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, ovvero **assistenza odontoiatrica, densitometria ossea, Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale, chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri** si propongono le seguenti indicazioni cliniche specifiche.

Per quanto riguarda le Prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica**, si ritiene che i livelli essenziali di assistenza specialistica ambulatoriale in odontoiatria, tenuto conto anche di quanto previsto al comma 5 dell'art.9 del D.Lgs. n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni, debbano prevedere l'assistenza terapeutica limitatamente a tre diverse categorie di utenza nell'ambito delle quali le prestazioni odontoiatriche erogabili seguono diversi protocolli. Le tre categorie sono quelle relative a:

- Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva
- Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità
- Urgenze infettive antalgiche per tutti

Nell'ambito dei Programmi di Tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva rientrano tutti i soggetti in età compresa fra gli 0 ed i 16 anni. Gli obiettivi per questa categoria sono rappresentati da:

- Prevenzione e trattamento della carie: viene considerato auspicabile il raggiungimento di un DMFT 1.5/1.7
- Terapia ortodontica
- Terapia non chirurgica delle parodontopatie
- Monitoraggio malocclusioni e correzione di patologie ortognatodontiche a maggior rischio per i soggetti in età evolutiva.

Va ricordato che la diffusione della carie viene valutata utilizzando l'indice DMFT (decay-missing-filling tooth), che evidenzia l'esperienza di tale patologia nell'individuo indicando gli elementi dentali cariati, assenti o otturati. La classe di età più rilevante per la valutazione dell'andamento generale della malattia cariosa è quella dei 12 anni.

I dati epidemiologici evidenziano la necessità di esperire nuove strategie operative di prevenzione, diagnosi e terapia attraverso i piani di intervento sulla popolazione ad alto rischio per ottenere risultati efficaci.

Il quadro prestazionale da ritenersi incluso nei LEA relativamente a questa categoria viene rideterminato, proponendo per questi soggetti l'erogazione delle prestazioni descritte nell'allegato n.1, che costituisce parte integrante del presente provvedimento.

Per quanto concerne la categoria Assistenza odontoiatrica e protesica ai soggetti vulnerabili, nella stessa rientrano i soggetti appartenenti alle fasce deboli sia sociali che sanitarie individuati nell'allegato n.1 succitato.

L'elenco, dopo una fase sperimentale di sei mesi di erogazione delle prestazioni previste per questa categoria, sarà oggetto di verifica ed eventuali modificazioni. In particolare, la individuazione col presente provvedimento di una soglia di reddito (espressa in termini di ISEE) è da considerarsi di prima applicazione necessaria per offrire fin da subito una copertura alle fasce di utenti caratterizzate da un forte disagio socio-economico, probabilisticamente connesso a problemi sanitari di tipo odontoiatrico. La messa a regime di questo aspetto potrà avvenire nel corso della citata fase sperimentale, in collaborazione anche con i comuni.

Per i soggetti in questione si propone di mantenere tutte le prestazioni previste dall'attuale Nomenclatore Tariffario Regionale.

Nella categoria Urgenze infettive antalgiche per tutti rientrano, invece, tutti i soggetti compresi i non appartenenti alle due categorie sopra descritte.

Nella definizione di urgenza devono essere considerate tutte le patologie odontoiatriche conseguenti a:

- lesioni cariose della dentizione decidua e permanente
- lesioni cariose con coinvolgimento pulpare e non
- lesioni da patologia parodontale
- lesioni traumatiche dei tessuti molli e duri del cavo orale

Ciò comporta l'erogazione esclusivamente delle prestazioni atte a risolvere le predette patologie, così come elencate nell'allegato n.1 surrichiamato.

Sia per quanto riguarda le prestazioni erogate nell'ambito dei Programmi di Tutela della salute in età evolutiva, che per quelle relative all' Assistenza odontoiatrica e protesica ai soggetti vulnerabili e alle Urgenze infettive antalgiche per tutti si propone di confermare le vigenti disposizioni in materia di partecipazione alla spesa, con le seguenti modifiche ed integrazioni:

- il numero massimo di prestazioni per ricetta è determinato in 4 prestazioni
- la partecipazione alla spesa per il trattamento ortodontico annuo è determinata in 160,00 euro
- in ogni caso, per i trattamenti ortodontici, le spese di laboratorio e le spese di materiale (apparecchi fissi) sono a carico dell'utente, mentre la partecipazione alla spesa per l'intervento di riparazione apparecchio è determinata in 30,00 euro;

- per tutte le restanti prestazioni sopra specificate si applicano le vigenti modalità di partecipazione alla spesa.

Le prestazioni odontoiatriche che per effetto di quanto sopra previsto restano escluse dai LEA, si propone che continuino ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario, salvo quanto di seguito stabilito.

Tali importi saranno aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

Si ritiene di fissare l'entrata in vigore delle disposizioni di cui al presente provvedimento relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica all'1 novembre 2002, fermo restando che le prestazioni che, per effetto di quanto sopra proposto, restano escluse dai LEA, purché prescritte in data pari o anteriore alla data di pubblicazione delle presente deliberazione sul BURV e prenotate entro e non oltre il 10° giorno successivo a detta data, possono essere erogate fino al 31 dicembre 2002.

Tale data è procrastinata al 31.12.2003 per i trattamenti ortodontici prescritti a soggetti minori di anni 16 configuranti prestazioni escluse dai L.E.A., in quanto non comprese tra quelle previste al punto 1.1.4 dell'allegato n.1.

Per quanto riguarda le prestazioni di **Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale** per le quali, con la citata delibera n.492 dell'8.3.2002, la Regione ha inteso "esercitare la facoltà di mantenerle tra le prestazioni ricomprese tra quelle indicate dall'allegato 2B" e cioè Elettroterapia antalgica, Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia, Mesoterapia, se ne definiscono con il presente provvedimento le nuove modalità erogative, condizionando la loro prescrivibilità, da parte dello specialista fisiatra, a carico del FSR esclusivamente alla sussistenza delle patologie di seguito elencate con limitazioni funzionali, fermo restando quanto stabilito più avanti:

- Lesioni traumatiche di plessi e/o tronchi nervosi
- Interventi di protesizzazione articolare
- Artroscopie
- Esiti di fratture e/o lussazioni
- Periartriti o tendinopatie acute con evidente compromissione motoria
- Artropatie degenerative (ad esempio gonartrosi, coxartrosi ...ecc.) in fase d' acuzie flogistica con riduzione della funzione motoria dell'arto a causa della riacutizzazione
- Esiti di interventi all'apparato locomotore (ad es. tenorrafia, miorraffia...ecc.)
- Dorsolombalgia acuta con significativa limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative
- Cervicobrachialgia acuta o lombosciatalgia acuta con irritazione/compressione radicolare
- (ad es. da ernia discale).

Le prestazioni suddette dovranno essere contabilizzate separatamente.

Relativamente alle altre prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale, specifiche indicazioni cliniche rispetto alle quali limitare la erogabilità nell'ambito dei LEA saranno definite con successivo atto deliberativo da adottarsi entro il 31.12.2002, salvo una più generale riformulazione del quadro prestazionale di tutta la branca specialistica sulla base di pacchetti di prestazioni corrispondenti a progetti e programmi riabilitativi individuali. Tuttavia al fine di conseguire nell'immediato apprezzabili incrementi dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle erogazioni, appare necessario definire prioritariamente le modalità di accesso intese come possibilità per l'utenza di fruire del servizio necessario.

A tale fine si ritiene che l'accesso alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, comprese quelle di cui punto precedente, debba avvenire su richiesta del Medico di Medicina Generale, del Medico Pediatra di Libera Scelta o dello Specialista di altra branca che invia il paziente alla valutazione fisiatrica, con prescrizione su ricettario unico regionale, utilizzando la formula semplificata di "visita fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione" (con la specifica urgente,

sollecita o senza nessuna specifica in base alle classi di priorità A, B, C di cui al Documento sulle liste di attesa approvato con l'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 e così come riportate nell'allegato n.2 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante), in quanto ciò garantisce la globale presa in carico dell'utente per tutto il percorso diagnostico-terapeutico con la formazione di un progetto riabilitativo individualizzato.

Presso il presidio specialistico spetterà pertanto allo specialista fisiatra provvedere alla effettuazione della visita fisiatrica, alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo ed alla prescrizione su un apposito modulo/ricetta aggiuntivo delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie, da effettuarsi presso il medesimo centro. La prescrizione dello specialista va sottoscritta con firma leggibile e timbro recante il nome dello stesso specialista.

I moduli/ricetta aggiuntivi saranno forniti con numerazione unica progressiva dalle Aziende UU.LL.SS.SS. ai presidi specialistici pubblici e privati accreditati secondo uno schema tipo definito dalla Direzione Regionale Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali.

Resta fermo quanto sopra previsto relativamente alle patologie alla cui sussistenza è subordinato l'accesso alle prestazioni di Elettroterapia antalgica, Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia, Mesoterapia.

In connessione con quanto sopra, è da prevedersi l'attivazione di meccanismi di controllo da parte dell'Azienda ULSS, con la creazione di uno specifico organismo per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni inserite nei progetti/programmi riabilitativi, sulla base di linee guida definite dalla competente Direzione Regionale sentite le Società scientifiche interessate e le associazioni rappresentative degli erogatori.

In riferimento alle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa suindicate, si stabilisce che il numero massimo di prestazioni per ricetta è determinato in 60.

Il pagamento della quota di partecipazione alla spesa è determinato in euro 18,60 (per la visita fisiatrica) più la quota relativa ai trattamenti, fino ad un massimo ulteriore di euro 36,15, in caso di prescrizione ed effettuazione del ciclo di prestazioni. In caso di prescrizione di un numero di prestazioni superiori a 60, va versata la corrispondente quota aggiuntiva di partecipazione alla spesa.

In riferimento alle prestazioni che, per effetto di quanto sopra previsto, nonché di quanto stabilito con la DGRV 492/2002, restano escluse dai LEA, esse continueranno ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario, salvo quanto di seguito stabilito.

Si propone di fissare l'entrata in vigore delle presenti disposizioni all'1 ottobre 2002, fermo restando che le prestazioni che restano escluse dai LEA, purché prescritte in data pari o anteriore alla data di pubblicazione delle presenti deliberazioni sul BURV e prenotate entro e non oltre il 10° giorno successivo a detta data, sono erogabili fino al 31 Dicembre 2002.

Gli importi tariffari previsti dal vigente Nomenclatore Tariffario saranno aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

Relativamente alla **Densitometria ossea**, sentiti i rappresentanti della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS) e dei radiologi clinici, si propone di definirne i seguenti criteri di erogabilità, in riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Per mancanza d'indicazioni cliniche si ritiene di sospendere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

- Densitometria ossea con tecnica d'assorbimento a raggi X Total body
Codice 88.99.3
- Densitometria ossea ad ultrasuoni – Patella
Codice 88.99.5

mentre sono parzialmente incluse nei LEA le prestazioni

- Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a fotone singolo o doppio (Polso o caviglia)
Codice 88.99.1
- Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (lombare, femorale, ultradistale)
Codice 88.99.2
- Densitometria ossea con TC Lombare
Codice 88.99.4
- Densitometria ossea ad ultrasuoni – Calcagno, Falangi
Codice 88.99.5

Queste prestazioni sono erogabili limitatamente alle seguenti condizioni

- Menopausa precoce (<45 anni)
- In previsione di prolungati (>3 mesi) trattamenti corticosteroidi (>5 mg/die di prednisone equivalenti)
- Donne in postmenopausa con anamnesi familiare positiva per fratture da fragilità prima di 75 anni di età.
- Riscontro radiologico di osteoporosi
- Donne in postmenopausa con ridotto peso corporeo (<57 Kg) o indice di massa corporea <19 Kg/m²
- Condizioni associate ad osteoporosi di cui all'allegato n.3 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante
- Precedenti fratture da fragilità
- Donne di età >65 anni

Un controllo densitometrico è giustificato solo dopo un intervallo superiore a 12 mesi.

L'erogazione delle prestazioni suddette incluse nei LEA è soggetta alla partecipazione alla spesa secondo le vigenti disposizioni in materia.

In riferimento alle prestazioni che rimangono escluse dai LEA, esse continuano ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario, salvo quanto stabilito al successivo paragrafo.

Si propone di fissare l'entrata in vigore delle disposizioni relative alla Densitometria ossea all'1 ottobre 2002, fermo restando che le prestazioni che, per effetto di quanto sopra previsto, restano escluse dai LEA, purchè prescritte in data pari o anteriore alla data di pubblicazione delle presente deliberazione sul BURV e prenotate entro e non oltre il 10° giorno successivo a detta data, potranno essere erogate fino al 31 dicembre 2002.

Gli importi del vigente Nomenclatore Tariffario saranno aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

Per quanto riguarda **la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri**, la Regione ha già definito le modalità ed i requisiti per l'accesso con la DGR n.1401 del 4.4.2000 ad oggetto "D.M. 22.7.96. D.G.R. 4776/97: Nomenclatore Tariffario Regionale prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Indicazioni cliniche per l'erogabilità con oneri a carico del S.S.R. delle prestazioni che utilizzano la tecnica del laser ad eccimeri", della quale si ritiene di confermare i contenuti e, pertanto, parimenti di confermare la esclusione dai LEA della erogabilità della chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri per indicazioni cliniche diverse. Tali limitazioni sono da intendersi riferite anche ai trattamenti erogati in regime di assistenza ospedaliera sia ordinaria che diurna.

Relativamente alle **Certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva** di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, si precisa che con certificazioni di idoneità alla pratica di attività

sportiva si intendono le prestazioni di certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva comprensive dei relativi accertamenti diagnostici così come previste dal Nomenclatore Tariffario approvato con D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997, che, accorpando gli accertamenti clinico - strumentali di cui alle Tabelle A e B del D.M. 18.02.1982, ed identificandoli con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, ne ha definito le relative tariffe pari, rispettivamente, a Lire 50.000.=, Lire 80.000.=, Lire 110.000.=.

Ai sensi della DGR n. 850/99 se ne conferma l'erogabilità ai soggetti di età inferiore ai 18 anni a totale carico del FSR senza alcuna partecipazione alla spesa, quale livello assistenziale aggiuntivo a carico della Regione.

Per i soggetti di età uguale o superiore ai 18 anni, invece, le prestazioni sono erogabili solo a totale carico dell'utente con pagamento dell'intero importo tariffario di Lire 50.000.= (pari a €25,82), Lire 80.000.= (pari a €41,32), Lire 110.000.= (pari a €56,81) rispettivamente per le prestazioni di cui ai codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, con la precisazione che tali importi potranno essere aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

La disposizione in questione entrano in vigore il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione della presente deliberazione nel BURV.

Con riferimento alle **prestazioni di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001**, sulla base delle rilevazioni regionali, relative all'anno 2000 e 2001, si propone il valore percentuale/soglia di ammissibilità dei relativi Drg superato il quale si applicano abbattimenti tariffari, così come esplicitato nell'allegato n.4 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante.

Con successivo provvedimento della Giunta regionale, su istruttoria della competente Direzione Regionale, sarà determinato l'abbattimento tariffario da applicare, a partire dal quarto trimestre 2002, ai ricoveri ordinari in esubero rispetto ai valori soglia identificati e saranno conseguentemente aggiornati i provvedimenti relativi alle Linee guida per i ricoveri diurni (Day Hospital e Day Surgery) e al loro sistema di remunerazione.

Per quanto attiene alle **Prestazioni socio sanitarie di cui all'allegato 1C del DPCM 29 novembre 2001**, nell'allegato n.5 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante, sono individuate le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, con la proposta delle modalità di applicazione delle stesse da parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione del Veneto.

A decorrere dal 1 ottobre 2002 le Aziende ULSS dovranno uniformare il proprio profilo erogativo a quanto previsto in detto allegato.

Si ritiene, infine, di dover procedere con la presente deliberazione alla predisposizione di alcuni indirizzi interpretativi e applicativi su specifici aspetti del DPCM 29 novembre 2001, sulla base della relazione del 1 agosto 2002 predisposta dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, operante nell'ambito della Segreteria della Conferenza Stato Regioni, ai sensi del punto 15 dell'Accordo Governo - Regioni dell'8 agosto 2001, nonché del punto 5.2 dell'Accordo del 22 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Tali indirizzi sono richiamati nell'allegato n.6 alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Antonio De Poli - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Antonio De Poli - incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.
- Visto il Dlgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il Decreto Legge 347/2001 convertito dalla legge 405/2001;
- Visto l'Accordo Stato -Regioni del 22 novembre 2001 in materia di definizione dei LEA;
- Visto il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nel supplemento n. 26 alla G.U. n. 33 dell'8.2.2002;
- Visto il DPCM 4.4.2001, n.242;
- Vista la propria deliberazione n.492 dell' 8.3.2002,
- Vista la propria deliberazione n.1767 del 28.6.2002;
- Vista la nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale n. 37466/50.01.00 del 31.7.2002

D E L I B E R A

1. di confermare che le prestazioni di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001 sono escluse dai LEA a partire dalla stessa data del 23 febbraio 2002, fermo restando che le prestazioni prescritte in data pari o anteriore al 23 febbraio 2002, purché prenotate entro e non oltre il giorno 11 marzo 2002, sono da intendersi erogabili, stabilendo , tuttavia, che tale residua erogabilità si intende debba in ogni caso cessare dall' 1.1.2003;
2. di confermare i contenuti della nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale n.37466/50.01.00 del 31 luglio 2002, con la quale è stato prorogato fino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento il termine per l'erogazione delle prestazioni di Elettroterapia antalgica; Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia;
3. di fissare con riferimento alle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001, i requisiti per l'accesso;le condizioni di prescrivibilità; le modalità di erogazione; le modalità di partecipazione alla spesa; nonché il termine di decorrenza dell'erogabilità delle prestazioni sia incluse sia escluse dai L.E.A, così come contenuti nell'allegato n 1 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo all'**assistenza odontoiatrica**; così come contenuti nell'allegato n.2 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo alla **densitometria ossea**; così come contenuti nell'allegato n.3 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo alla **Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale**;
4. di confermare con riferimento alle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001, relativamente alla **chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri** le modalità ed i requisiti per l'accesso già approvati con DGR n.1401 del 4.4.2000 ad oggetto" D.M. 22.7.96. D.G.R. 4776/97:Nomenclatore Tariffario Regionale prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Indicazioni cliniche per l'erogabilità con oneri a carico del S.S.R. delle prestazioni che utilizzano la tecnica del laser ad eccimeri", con conseguente esclusione dai LEA della erogabilità della chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri per indicazioni cliniche diverse. Tali limitazioni sono da intendersi riferite anche ai trattamenti erogati in regime di assistenza ospedaliera sia ordinaria che diurna;

5. di stabilire, per quanto riguarda le prestazioni relative alle Certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, che le prestazioni di **certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva** comprensive dei relativi accertamenti diagnostici così come previste dal Nomenclatore Tariffario approvato con D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997, ed identificate con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, DGR n. 850/99 sono erogabili ai soggetti di età inferiore ai 18 anni a totale carico del FSR senza alcuna partecipazione alla spesa, quale livello assistenziale aggiuntivo a carico della Regione.
- Per i soggetti di età uguale o superiore ai 18 anni, invece, le prestazioni sono erogabili solo a totale carico dell'utente con pagamento dell'intero importo tariffario di Lire 50.000.= (pari a € 25,82), Lire 80.000.= (pari a € 41,32), Lire 110.000.= (pari a € 56,81) rispettivamente per le prestazioni di cui ai codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, con la precisazione che tali importi potranno essere aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.
- Le disposizioni di cui al presente punto entreranno in vigore in vigore il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione delle presente deliberazione nel BURV;
6. di approvare l'allegato n. 4 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, concernente le **prestazioni di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001**, nel quale, sulla base delle rilevazioni regionali, relative all'anno 2000 e 2001, si indica il valore percentuale/soglia di ammissibilità, superato il quale si applicano abbattimenti tariffari, così come esplicitato nell'allegato stesso, dei Drg in esso specificati.
- Con successivo provvedimento della Giunta regionale, su istruttoria della competente Direzione Regionale, sarà determinato l'abbattimento tariffario da applicare, a partire dal quarto trimestre 2002, ai ricoveri ordinari in esubero rispetto ai valori soglia identificati e saranno conseguentemente aggiornati i provvedimenti relativi alle Linee guida per i ricoveri diurni (Day Hospital e Day Surgery) e al loro sistema di remunerazione;
7. di approvare l'allegato n. 5 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, concernente le prestazioni socio sanitarie di cui all'allegato 1C del DPCM 29 novembre 2001, nel quale sono individuate le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, con l'indicazione delle modalità di applicazione delle stesse da parte delle Aziende U.U.L.L.S.S.S.S. della Regione del Veneto, disponendo che a decorrere dall'1 ottobre 2002 le Aziende U.U.L.L.S.S.S.S. uniformano il proprio profilo erogativo a quanto previsto in detto allegato;
8. di approvare l'allegato n.6 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante, contenente alcuni indirizzi interpretativi ed applicativi su specifici aspetti del DPCM 29 novembre 2001, sulla base della relazione del 1 agosto 2002 predisposta dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, operante nell'ambito della Segreteria della Conferenza Stato Regioni, ai sensi del punto 15 degli accordi Governo - Regioni dell'8 agosto 2001, nonché del punto 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.
9. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento e relativi allegati, che ne costituiscono parte integrante, nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

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

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

DIREZIONE RAGIONERIA E TRIBUTI

Visto e assunto l'impegno di € _____ sul capitolo _____

del bilancio di previsione per l'esercizio _____ al n. _____ (art. 43 della l.r. 29 novembre 2001, n. 39)

Venezia, _____
