

863 28 GIU. 2002

Oggetto: LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla sanità

VISTO il decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni;

VISTA la legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n.3;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in materia sanitaria, sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il quale tra l'altro prevede l'impegno del Governo ad adottare, entro il 30.11.2001, un provvedimento per la definizione dei livelli essenziali di assistenza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, ed in relazione alle risorse definite nello stesso Accordo;

VISTO l'articolo 6, comma 1, del decreto legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito con modificazioni in legge n. 405 del 16 novembre 2001, che stabilisce che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30.11.2001, su proposta del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, vengano definiti i 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, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato-Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e in particolare i punti 4.2, 4.3, 6.1,6.2,6.3 dello stesso che prevedono:

4.2 Si conviene che vanno apportate, entro il 31 marzo 2002, modifiche al Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, anche in base alle indicazioni contenute nell'allegato 2B e ferme restando le esclusioni di cui all'allegato 2A, assicurando inoltre l'inserimento, in detto nomenclatore, di prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale.

4.3. Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, anche tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato 2C.

In sede di prima applicazione la disciplina è adottata dalle Regioni entro il 30 giugno 2002.

.....omissis...



A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

W

6.1 Si conviene di definire un sistema di manutenzione degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei LEA, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza per i cittadini in relazione alle risorse definite.

6.2 Si conviene di costituire, entro il 31 marzo 2002, uno specifico organismo a carattere nazionale, di cui facciano parte un numero adeguato di esperti designati dalle Regioni, sul modello della Commissione Unica del Farmaco (CUF).

6.3 A tale organismo è affidato il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai LEA, 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."

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 8.2.2002 - Supplemento Ordinario n. 26 di "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e i relativi Allegati 1,2 ,3, 3.1 e 4, entrato in vigore il 23 febbraio 2002;

VISTE le "linee guida del Ministero della sanità sulle attività di riabilitazione" del 7 maggio 1998;

VISTA la propria deliberazione 4 agosto 1998 n.4112;

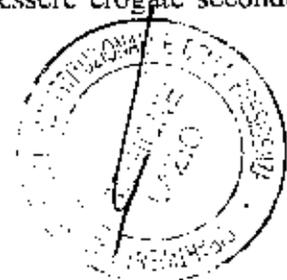
VISTO il decreto Ministero della sanità 20 ottobre 1998;

VISTA la propria deliberazione n. 255 del 1 marzo 2002 con la quale:

- ha preso atto del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"
- ha ridefinito le "Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche" contenute nell'allegato 2B al decreto "lettera c)- medicina fisica,riabilitativa ambulatoriale" includendovi le prestazioni di : Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasonoterapia e mesoterapia
- ha rinviato, tra l'altro, l'individuazione delle condizioni per l'erogazione nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni incluse nell'allegato 2B al decreto così integrate, fatto salvo quanto già stabilito per la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri con le DDGR 7 dicembre 2001 n.1887 e 11 gennaio 2002 n.32;

VISTI i chiarimenti forniti dal Ministero della Salute con la nota prot.100/SCPS/LEA/4.3218 del 7.3.2002;

VISTA la propria deliberazione n.301 dell'8 marzo 2002 con la quale, in attesa della definizione delle condizioni per l'erogazione nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni incluse nell'allegato 2B al decreto -come integrato dalla predetta deliberazione e fatto salvo quanto già stabilito per la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri con le DDGR 7 dicembre 2001 n.1887 e 11 gennaio 2002 n.32- si è stabilito che le prestazioni di cui all'Allegato 2B al decreto potessero essere erogate secondo le seguenti modalità sino al 30 giugno 2002;



PRESO ATTO che con determinazione dirigenziale del 4 giugno 2002 n.384/10 A è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico sui LEA composto da funzionari dell' Assessorato, dell' Agenzia di sanità pubblica, delle ASL integrato da esperti designati dalle Associazioni ANIS, AIOP, ANISAP e FEDERLAZIO allo scopo di procedere agli approfondimenti tecnici riguardanti le condizioni di erogabilità delle prestazioni di cui all'allegato 2B e 2C al decreto;

CONSIDERATO che non è stato ancora definito a livello nazionale il **sistema di manutenzione** degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei LEA previsto dal punto 6 dell'Accordo sopracitato, né è stato costituito lo **specifico organismo nazionale** cui, secondo il predetto Accordo Stato -Regioni, è affidato il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai LEA, 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.

CONSIDERATO necessario procedere alla individuazione delle indicazioni per l'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B al decreto come integrato con la deliberazione 255 del 1 marzo 2002, pur in attesa dell'attivazione di detto sistema nazionale;

CONSIDERATO che in attesa dell'attivazione di detto sistema nazionale è necessario rinvviare la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica di cui alla lettera a) dell'allegato 2B al decreto, tenendo conto della rilevanza delle stesse per la cittadinanza e dell'esigenza di disporre di aggiornate stime del loro impatto sociale ed economico;

RITENUTO pertanto, di confermare le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza odontoiatrica, di cui alla lettera a) dell'Allegato 2B fino al 30.10.2002, e di confermare le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, di cui alla lettera d) dell'allegato 2B;

RITENUTO di definire le indicazioni cliniche come riportate nell'allegato 1 che forma parte integrante della presente deliberazione per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di densitometria ossea, di cui alla lettera b) dell'Allegato 2B;

RITENUTO inoltre di dover rinviare al 30 ottobre 2002 la definizione di percorsi terapeutico riabilitativi per le specifiche patologie, anche in relazione all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, consentendo fino a tale data l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni ambulatoriali specialistiche della branca di medicina fisica e riabilitazione di cui alla lettera c) dell'allegato 2B, come integrato dalla DGR n.255/02, ferme restando le indicazioni previste dalla DGR 4112/98, sulla base della predisposizione di una cartella riabilitativa con l'indicazione del programma riabilitativo individuale, del numero di sedute o, per le prestazioni prescrivibili in ciclo, di cicli, previsto per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici predefiniti, sottoscritta dal responsabile del programma;

RITENUTO infine, di dare mandato alle Aziende Unità Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione e di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del D.P.C.M. citato e del presente atto.

all'unanimità

863

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente approvate di :

- Confermare le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza odontoiatrica, di cui alla lettera a) dell'Allegato 2B del DPCM 29.11.2001 fino al 30 ottobre 2002, e le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, di cui alla lettera d) dello stesso allegato come definite dalle DDG.R. n.1887/01 e n.32/02;
- Adottare le indicazioni cliniche per l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di densitometria ossea, di cui alla lettera b) dell'Allegato 2B come definite nell'allegato 1 che forma parte integrante della presente deliberazione;
- consentire fino al 30 ottobre 2002 l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni ambulatoriali specialistiche della branca di medicina fisica e riabilitazione di cui alla lettera c) dell'allegato 2B, come integrato dalla DGR n.255/02, ferme restando le indicazioni previste dalla DGR 4112/98, sulla base della predisposizione da parte dei soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati di una cartella riabilitativa con l'indicazione del programma riabilitativo individuale, del numero di sedute o, per le prestazioni prescrivibili in ciclo, di cicli, previsto per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici predefiniti, sottoscritta dal responsabile del programma;
- rinviare ad un successivo provvedimento, da adottarsi entro il 30 ottobre 2002 tenendo conto anche dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, la definizione di percorsi terapeutico riabilitativi per le specifiche patologie;
- dare mandato alle Aziende Unità Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione e di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del D.P.C.M. citato e del presente atto;
- stabilire che le presenti disposizioni trovano applicazione dalla data della notifica del presente atto ai soggetti erogatori, salvo le prestazioni già prenotate la cui effettuazione è prevista entro i trenta giorni successivi.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Dott. Adolfo Papi

- 1 LUG. 2002

Condizioni di erogabilità a carico del SSR delle prestazioni di cui al DPCM 29/11/01 - Allegato 2B, lett b) DENSITOMETRIA OSSEA e alla DGR Lazio n. /2002.

<u>CODICE</u>	<u>PRESTAZIONE</u>
88.99.1	Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a fotone singolo o doppio polso o caviglia
88.99.2	Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi x lombare, femorale, ultradistale
88.99.3	Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi x total body
88.99.4	Densitometria ossea con TC Lombare
88.99.5	Densitometria ossea ad ultrasuoni

RACCOMANDAZIONI GENERALI

1. E' indicata solo in relazione a condizioni cliniche ben definite e non è un esame con le caratteristiche di "urgenza"
2. Non è raccomandata come test di screening di popolazione
3. Dovrebbe essere richiesta solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi trattamenti
4. Nel sospetto di frattura atraumatica o da trauma leggero la D.O. può essere superflua perché prima va effettuata una radiografia per documentare la natura osteoporotica e quantificare la lesione ai fini diagnostico-differenziali e terapeutici (vedi nota CUF n. 79)
5. Quando utilizzato a scopo di follow-up, l'esame non dovrebbe essere ripetuto prima di 2 anni, perché le variazioni della massa ossea che eventualmente si verificassero in tale intervallo di tempo, non sono valutabili, in quanto spesso inferiori all'errore di valutazione dello strumento diagnostico

USI APPROPRIATI

A) Donne in amenorea post-menopausale da almeno 6 mesi con fattori di rischio potenzialmente modificabili

B) Donne in menopausa in cui l'esecuzione dell'esame serve da supporto per decidere se instaurare una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata

C) Donne in menopausa precoce (prima dei 45 anni) che non assumono terapia ormonale sostitutiva o se questa è controindicata

D) 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.)



Roma... 7 MAR 2002...

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO PER L'ORDINAMENTO SANITARIO, LA RICERCA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ufficio dell'Assistenza - 2/A - 00144 Roma

100/SCPS/EA/4. 33 18

Proposta di Foglio del

Agli Assessorati alla sanità delle
Regioni e Province Autonome
Loro Sedi

OGGETTO:

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001
"Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Chiarimenti

Sono pervenute a questa Direzione Generale numerose richieste di chiarimenti circa le modalità di applicazione del provvedimento in oggetto.

Si ritiene opportuno informare codesti Assessorati circa le questioni sollevate con maggiore frequenza da aziende sanitarie o da semplici cittadini ed il tenore delle risposte fornite dallo scrivente, le quali verranno prossimamente pubblicate sul sito Internet di questo Ministero della salute sotto forma di FAQ.

1. Dal 23 febbraio alcune prestazioni non sono più prescrivibili. Le prescrizioni anteriori a questa data ma ancora da erogare restano comunque a carico del Ssn?

La questione non è stata affrontata nel confronto con le Regioni e quindi potrebbero esservi interpretazioni difformi da Regione a Regione. Noi riteniamo che sarebbe perfettamente compatibile con il provvedimento che definisce i livelli essenziali di assistenza (DPCM 29 novembre 2001) una disposizione regionale fondata sull'interpretazione più favorevole al cittadino, secondo la quale se un ciclo di ionoforesi o di ultrasuoni è stato prescritto o prenotato prima del 23 febbraio, potrà essere effettuato a carico del Ssn anche dopo questa data.

2. Mentre il tavolo tecnico è al lavoro sulle indicazioni cliniche per le prestazioni parzialmente escluse che succede? Sono erogate tutte lo stesso?

Sono un profilo strettamente giuridico il termine del 31 marzo, fissato per la revisione dei Livelli e, in particolare, per la modifica del Nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, rappresenta solo una forte sollecitazione al Ministero ed alle Regioni ma non ha carattere perentorio. Occorre ricordare, tuttavia, che già oggi le Regioni hanno una qualche discrezionalità nella predisposizione dei Nomenclatori regionali e alcune di loro hanno già fissato condizioni e limitazioni per l'erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali. Nell'ambito di questa discrezionalità, e fino alla conclusione del lavoro della Commissione, le Regioni possono adottare iniziative in modo autonomo.

pec
Oggetti
pec
non vanno

3. **Disabili: cosa cambia rispetto alle prestazioni di fisioterapia?**

Non cambierà sostanzialmente nulla. Infatti i trattamenti di riabilitazione a favore di questi cittadini sono eseguiti, in genere, nell'ambito di programmi complessivi di trattamento effettuati presso le aziende o presso strutture semiresidenziali o residenziali accreditate e non in regime ambulatoriale.

4. **Nel campo dell'assistenza odontoiatrica, cambia qualcosa rispetto al passato con l'avvento dei LEA?**

Il provvedimento che definisce i Livelli essenziali d'assistenza prevede che l'assistenza odontoiatrica a carico del Ssn sia limitata alle prestazioni dirette alle fasce di utenti e alle condizioni indicate nell'art. 9 del d.lgs n. 502 del 1992, vale a dire:

- programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva;
- assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

In concreto ciò significa che, entro i prossimi mesi, un gruppo di lavoro misto Governo/Regioni dovrà individuare sia le specifiche caratteristiche dei destinatari dell'assistenza sia le prestazioni odontoiatriche loro rivolte. In particolare occorrerà definire se nell'individuazione delle "condizioni di particolare vulnerabilità" si dovrà tener conto solo della presenza di condizioni patologiche (es. malformazioni, traumi, gravi patologie croniche, ecc.) o anche delle condizioni socio-economiche degli assistiti. Dovrebbero essere fatte salve, comunque, le urgenze infettivo-antalgiche (per tutti) e l'assistenza odontoiatrica ai minori. In ogni caso, le prestazioni odontoiatriche potranno essere ancora erogate dalle strutture, pubbliche e private, accreditate dal Ssn fino a quando le caratteristiche dei destinatari non verranno specificate a livello nazionale o, in via transitoria, a livello regionale.

5. **Cosa succede per i certificati di idoneità alla pratica sportiva?**

Il rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva, agonistica e non (attività extrascolastica), già oggi non fa parte delle prestazioni a carico del Ssn, ed è quindi a pagamento (salvo diversa decisione delle Regioni).

Viceversa, i certificati richiesti dalle scuole per l'attività non agonistica degli alunni sono (e continueranno ad essere) rilasciati gratuitamente dal medico di famiglia. Inoltre, non bisogna confondere il costo del rilascio del certificato con il costo delle prestazioni diagnostiche richieste dal medico per rilasciare il certificato stesso (elettrocardiogramma, ecc.). Queste prestazioni continueranno ad essere erogate nell'ordinario regime di partecipazione (ticket).

6. **E' vero che tutte le prestazioni fisioterapiche sono state tagliate?**

No. Sono escluse dai Lea 18 prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per problemi transitori o di scarso rilievo. La maggior parte delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione sono incluse nei livelli essenziali di assistenza quando siano presenti le condizioni cliniche per le quali le prestazioni stesse abbiano dimostrato la propria efficacia e quando siano erogate sulla base di protocolli validati; talune prestazioni, quali la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia, possono essere incluse nei livelli essenziali di assistenza su disposizione regionale.

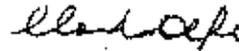
Rimangono a carico del Ssn tutte le prestazioni riabilitative erogate in regime di ricovero o presso strutture di riabilitazione extraospedaliere residenziali o semiresidenziali, nell'ambito di un programma complessivo di riabilitazione di una grave disabilità.

Pec
R. Lanza

7. Se le Regioni decidono di confermare l'erogazione della laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia, dovranno reperire ulteriori finanziamenti?

No, non sono richiesti ulteriori specifici finanziamenti regionali quando le Regioni decidono di inserire i suddetti trattamenti nell'allegato 2B; infatti, questo allegato riporta un elenco di prestazioni che, quando erogate per particolari condizioni cliniche e con specifiche limitazioni, sono comprese nei Livelli essenziali e, dunque, sono finanziate con le risorse complessivamente destinate al Servizio sanitario nazionale.

Il Direttore Generale
(Dott. Claudio De Gini)



pec
Marie Bruno