



BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE PIEMONTE

Torino, 4 aprile 2002

DIREZIONE , REDAZIONE e ABBONAMENTI
Piazza Castello 165 , 10122 Torino
Tel 0114322100 - Fax 0114324363
Sito Internet : [http:// www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)
e-mail bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it
Il Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte si pubblica ogni giovedì in Torino.

CONSULTAZIONE AL PUBBLICO
Giunta Regionale Piazza Castello 165 Torino, Sala consultazione dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 18,30; sabato dalle 9,00 alle 12,00
Consiglio Regionale Via Alfieri 15 Torino, Settore Documentazione dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 16,00.

URP - Torino Piazza Castello 165 - Tel. 0114324903
Alessandria Via dei Guasco 1- Tel. 0131285518
Asti Corso Alfieri 165 - Tel. 0141.324551
Biella Via Galimberti 10/a - Tel. 015.8551.568
Cuneo Piazza Libertà 7 - Tel. 0171603161
Novara Via Dominioni 4 - Tel. 0321393800
Verbania Via Albertazzi 3 - Tel. 0323502844
Vercelli Via Borgogna 1 - Tel. 0161600286



Spedizione in abbonamento postale Articolo 2 comma 20/c Legge n. 662/1996 (Filiale di La Spezia)

ATTI DELLA REGIONE - ATTI DELLO STATO

Supplemento

Deliberazione della Giunta Regionale 3 aprile 2002 n. 57-5740

Attuazione decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito

con legge 16 novembre 2001, n. 405, recante:

“Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”

e recepimento d.p.c.m. 29 novembre 2001

“definizione dei livelli essenziali di assistenza”. Individuazione interventi conseguenti

ABBONAMENTO AL BOLLETTINO UFFICIALE

	Atti della Regione e Atti dello Stato	Concorsi, Appalti, Annunci	Internet
12 Mesi	€ 103,29 Codice A1	€ 46,48 Codice A3	Consultazione gratuita
6 Mesi	€ 51,65 Codice S1	€ 23,24 Codice S3	

L'attivazione cronologica dell'abbonamento decorrerà dalla data di inserimento del nominativo del nuovo abbonato nell'apposito elenco e comunque non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento.

Al fine di velocizzare la pratica e quindi l'inserimento nella banca dati è possibile inviare l'attestazione di pagamento alla Redazione tramite fax al numero 0114324363. È prevista la possibilità di sottoscrivere abbonamenti in qualunque periodo dell'anno.

I dati personali inviati alla Redazione del Bollettino Ufficiale per l'attivazione dell'abbonamento saranno utilizzati esclusivamente ai fini della spedizione dei fascicoli, nel rispetto del disposto della Legge n. 675/1996.

CONDIZIONI DI PAGAMENTO

Abbonamenti e Inserzioni

Esclusivamente tramite C/C Postale n. 30306104, intestato a

REGIONE PIEMONTE - Bollettino Ufficiale Piazza Castello 165, 10122 Torino.

La Direzione del Bollettino Ufficiale declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali.

INSERZIONI

Modalità

Le richieste di inserzioni devono pervenire alla Redazione del Bollettino Ufficiale entro le ore 12.00 del mercoledì della settimana precedente la data di uscita del fascicolo per il quale si richiede la pubblicazione.

Il testo deve essere inviato su carta bollata o, in caso di esenzione dalla tassa, (gli Enti Pub-

blici ne sono esentati) su carta uso bollo, corredato da una lettera di richiesta e dall'attestazione di avvenuto pagamento.

È possibile inviare il testo che deve essere pubblicato, anche tramite posta elettronica o tramite floppy disk usufruendo di uno sconto del 20% sull'importo dovuto per la pubblicazione; in

ogni caso alla Redazione deve pervenire il cartaceo tramite posta, fax o consegna a mano. L'importo viene calcolato per riga intendendosi tale una riga di 65 battute. Le pubblicazioni sono gratuite per le materie elencate nella casella sottostante.

Gratuite	Pubblicazione Statuti Enti locali, Riclassificazione strade, Eventi alluvionali novembre 1994, ottobre 2000	
Costi per ogni riga o frazione di riga	Solo cartaceo (spedizione tramite posta, fax o consegna a mano)	€ 1,55
	E-Mail + fax	€ 1,24
	Floppy disk + consegna a mano	€ 1,24
	Floppy disk + spedizione tramite posta	€ 1,24

COSTI COPIA SINGOLA

Atti della Regione e Atti dello Stato	€ 2,58
Concorsi, Appalti, Annunci	€ 1,55
Supplementi fino a 256 pagine	€ 2,58
Supplementi oltre 256 pagine	Prezzo in copertina

VENDITA

Torino	Libreria Lattes, Via Garibaldi 3
	Libreria Giuridica, Via Sant'Agostino 8
	Libreria degli Uffici, C.so Vinzaglio 11

INDICE SISTEMATICO

SANITÀ

D.G.R. 3 aprile 2002 n. 57-5740

Attuazione decreto legge 18 settembre 2001, n. 347
convertito con legge 16 novembre 2001, n. 405, recante:
“Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria” e recepimento d.p.c.m. 29 novembre 2001 “definizione dei livelli essenziali di assistenza”. Individuazione interventi conseguenti pag. 4

Parte I ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della Giunta Regionale 3 aprile 2002 n. 57-5740

Attuazione decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito con legge 16 novembre 2001, n. 405, recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" e recepimento d.p.c.m. 29 novembre 2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza". Individuazione interventi conseguenti

A relazione dell' Assessore D'Ambrosio

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., all'art. 1, comma 1, in ossequio al dettato costituzionale, definisce la tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. L'esercizio di tale diritto è garantito dalle strutture del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il comma 3 del medesimo articolo prevede poi l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal servizio sanitario nazionale, disponendo che tale individuazione sia effettuata contestualmente alla identificazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale per l'esercizio delle funzioni medesime. Le prestazioni comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza devono essere garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con forme di partecipazione alla spesa.

L'art. 9 del medesimo decreto legislativo n. 502/1992 dispone infine che "(...) al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, e con queste direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione dei trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza", e che tali fondi possono essere istituiti da soggetti pubblici o privati. Essi, prosegue l'articolo, possono riguardare sia prestazioni non comprese nei livelli essenziali uniformi di assistenza ma erogate da strutture e professionisti accreditati, sia prestazioni comprese nei livelli essenziali uniformi di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alla prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito, nonché prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semi-residenziali o in forma domiciliare, per la quota a carico dell'assistito.

Conformemente alle previsioni degli accordi Governo-Regioni sottoscritti in data 8 agosto e 22 novembre 2001, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (Gazzetta Ufficiale dell'8.02.2002 supplemento ordinario n. 26), in esecuzione delle disposizioni di cui al citato

art. 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. e dell'articolo 6 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza sanitaria (e le connesse linee guida) garantiti attraverso il Servizio Sanitario Nazionale.

Il provvedimento, in particolare, individua:

- * le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa di cui al punto 3 dell'accordo del 22 novembre 2001;

- * le prestazioni ed i servizi esclusi dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, di cui al punto 4 dell'accordo e individuati nell'allegato 2A) del medesimo;

- * le prestazioni parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, di cui al punto 4 dell'accordo e erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche individuate nell'allegato 2B) del medesimo;

- * le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione di cui al punto 4 dell'accordo e individuate nell'allegato 2C) del medesimo.

Nell'allegato 4 dell'accordo sono poi dettate le linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di livelli essenziali di assistenza sanitaria, finalizzate a sostenere:

- * l'impegno ad adottare tutte le misure possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili.

- * la realizzazione dell'equilibrio tra le risorse e l'articolazione delle prestazioni ed i servizi socio-sanitari da garantire attraverso i livelli essenziali di assistenza.

- * la soluzione delle problematiche dell'appropriatezza, variabile fondamentale per l'allocazione delle risorse, attraverso la selezione delle prestazioni erogabili.

In materia, ulteriori indicazioni di carattere generale sono poi direttamente rinvenibili dagli accordi Stato -Regioni richiamati dallo stesso decreto presidenziale. In particolare, l'accordo dell' 8 agosto 2001 prevede, tra l'altro, che le Regioni si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, applicando direttamente misure di contenimento della spesa stessa, sia attraverso l'introduzione di strumenti di controllo della domanda, sia attraverso la riduzione della spesa sanitaria, sia attraverso strumenti quali l'applicazione di un'addizionale regionale all' IRPEF o altre forme di imposizioni previsti dalla normativa vigente, nella misura necessaria a coprire l'incremento di spesa quantificata a carico della Regione stessa. Allo stesso modo l'accordo del 22 novembre 2001 prevede che le Regioni possano individuare prestazioni o servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, ponendo a proprio carico i relativi oneri.

Le Regioni, come stabilito dall'accordo del 22 novembre 2001, in sede di prima applicazione del provvedimento ministeriale, anche al fine di regolare i rapporti di mobilità interregionali, ovvero per disciplinare i criteri e le modalità di contenimento all'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza, devono adottare specifici atti di indirizzo entro il termine del 30 giugno 2002.

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 individua come riferimento normativo fondamentale per l'area socio-

sanitaria, il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria" che a sua volta trova fondamento oltre che nel d.lgs. n. 502/1992 s.m.i., nelle leggi 27 dicembre 1983, n. 730 e 23 ottobre 1985, n. 595. Ne consegue la necessità di coordinarne l'applicazione per la parte di integrazione socio-sanitaria, anche con il coinvolgimento degli enti locali.

La legge 23 ottobre 1985, n. 595, oltre a definire la nozione di "progetto-obiettivo" quale impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela sanitaria dei soggetti destinatari del progetto, già prevedeva che i progetti-obiettivo fossero finanziati in parte con risorse vincolate del fondo sanitario nazionale, in parte con risorse aggiuntive di provenienza diversa da quelle del fondo sanitario, incluse quelle di competenza delle regioni e degli enti locali.

Già in applicazione dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, il D.P.C.M. 8.8.1985 aveva disciplinato le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali e quelle esclusivamente socio-assistenziali. Tutta la materia relativa all'integrazione socio-sanitaria trova oggi un ulteriore riferimento normativo nei contenuti della legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

In sintesi, al sistema integrato sono chiamati a concorrere soggetti istituzionali diversi, il fondo sanitario nazionale, gli enti locali e gli stessi cittadini, in relazione alla situazione economica individuale, in virtù delle previsioni del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e s.m.i. In tale ambito si collocano ora le previsioni del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che puntualmente definisce le percentuali da porre a carico del servizio sanitario regionale (o degli altri soggetti direttamente coinvolti - cittadini o Comuni), assumendo tale previsione con i caratteri della cogenza normativa.

Nell'accordo dell'8 agosto 2001, accanto all'impegno del Governo ad adottare un provvedimento per la definizione dei livelli essenziali di assistenza, al punto 15, in particolare, si disponeva che i livelli fossero definiti in stretta connessione con le risorse di cui al punto 6 dell'accordo (che definiva la disponibilità complessiva ed onnicomprensiva di risorse da destinare al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il periodo 2002-2004), con l'ulteriore impegno, per il Governo, di accompagnare eventuali variazioni in incremento dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive.

In sintesi, le suddette risorse, nel periodo stabilito (2002-2004), debbono garantire l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza. Resta, a carico di fondi diversi, ad esempio fondi propri o quelli disciplinati dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 502/1992, la possibilità di far fronte ad ulteriori attività (a livelli aggiuntivi di assistenza).

Con deliberazione della Giunta regionale n. 44 - 5516 dell'11 marzo 2002, sono stati assegnati i budget alle aziende sanitarie. Tali budget sono stati formulati considerando i minori costi per la sanità in applicazione dei livelli essenziali di assistenza come un accantonamento a favore della riduzione delle liste d'attesa sui servizi territoriali (in particolare la semi e residenzialità nell'area socio-sanitaria

e l'incremento dell'assistenza domiciliare), e pertanto nella fase transitoria, e comunque non oltre il 30 giugno 2002, le aziende sanitarie locali continueranno a garantire le quote relative ai costi già sostenuti per le prestazioni socio-sanitarie già previste dalle norme e dai provvedimenti regionali.

La previsione di questa fase transitoria è indispensabile agli Enti Locali per programmare la necessaria copertura finanziaria dei maggiori oneri socio-assistenziali introdotti dalla nuova disciplina sui livelli essenziali di assistenza nell'area di integrazione socio-sanitaria.

Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 individua, all'allegato 2A), le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza, elencando, in particolare, una serie di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Per alcune di queste prestazioni è prevista la possibilità per le regioni di mantenerle all'interno di quelle elencate nell'allegato 2B), subordinando la loro erogabilità ad una specifica indicazione clinica. In tal caso le prestazioni debbono essere garantite con le risorse aggiuntive di cui sopra.

Per tali prestazioni (quelle di cui ai codici 93.39.4 Elettroterapia antalgica diadinamica, 93.39.5 Elettroterapia antalgica- elettroanalgesia transcutanea (tens, alto voltaggio), 93.39.9 Ultrasuonoterapia, 99.29.7 Mesoterapia e 99.29.1 Laserterapia antalgica), tutte comprese nell'allegato 2 A) del D.P.C.M. 29 novembre 2001, in attesa di definire, nel termine del 30 giugno 2002, apposite linee guida e percorsi terapeutici per l'appropriatezza prescrittiva, si rende opportuno garantirne l'erogazione, sino alla data medesima, secondo le modalità già indicate nel nomenclatore tariffario regionale (DGR 105-20622 del 30 giugno 1997 s.m.i.).

Analogamente si ritiene di confermare le attuali modalità di erogazione delle certificazioni relative alle idoneità alla pratica sportiva agonistica nonché quelle di idoneità all'adozione e di confermare le attuali modalità di erogazione delle forniture di materiale extra tariffario (DM 27 agosto 1999, n. 332), materiale d'uso (DGR 143-14242 del 25 novembre 1996 e DGR 41-27169 del 24 aprile 1999), materiale di medicazione (DM 27 agosto 1999, n. 332 e DGR 135-721 del 31 luglio 2000), prodotti apoteici.

Le prestazioni che la Regione Piemonte, in esecuzione delle previsioni del D.P.C.M. 29 novembre 2001, si impegna a garantire sono elencate nell'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Per quanto attiene le prestazioni connesse all'area di integrazione socio-sanitaria, in attesa di definire con le parti interessate, per quanto sopra esposto, le diverse fonti di finanziamento degli oneri, in via transitoria e comunque non oltre il 30 giugno 2002, le medesime continuano ad essere assicurate a carico del servizio sanitario regionale con le modalità attualmente vigenti.

Come noto, i presupposti posti a base dell'individuazione dei livelli essenziali di assistenza sono riconducibili ai principi dell'appropriatezza degli interventi e dell'economicità nell'impiego di risorse, nell'intento di contrastare inefficienze gestionali e incongruità di utilizzo delle strutture.

Tali incongruità sono particolarmente evidenti nell'area della emergenza-urgenza ospedaliera (macro livello ospedaliero- pronto soccorso) cui sono spesso ricondotte prestazioni che pur presentando evidenti caratteri di differibilità, continuano ad essere garantite mediante attività di fatto riconducibili alla ordinaria funzione ambulatoriale.

Tale modalità di intervento, se da un lato qualifica negativamente la risposta in termini di efficienza del sistema dell'emergenza-urgenza ospedaliera, dall'altro crea, indirettamente una disparità di trattamento rispetto a quei cittadini che utilizzando i normali canali ambulatoriali si vedrebbero garantita la prestazione in tempi ben più lunghi e oltre a dover corrispondere la relativa quota di partecipazione alla spesa sanitaria.

Nella Regione Piemonte, sin dall'anno 1992 (D.G.R. n. 138-1781 del 28 dicembre 1992 avente ad oggetto "prestazioni sanitarie erogate dalla struttura a gestione diretta. Applicazione quota di partecipazione alla spesa sanitaria"), è previsto il pagamento di una specifica quota di partecipazione alla spesa sanitaria per l'accesso alle prestazioni di pronto soccorso.

Tale disposizione, ora peraltro espressamente disciplinata dall'art. 2 del 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", mettendo sullo stesso piano prestazioni diverse (purché non seguite da ricovero o non di origine traumatica) ha mostrato, nel tempo, tutti i suoi limiti applicativi, non riuscendo a contenere l'uso improprio delle strutture (finalità per la quale era stata adottata) e di fatto ha assecondato l'utilizzo di una forma incongrua di accesso ai servizi.

L'istituto medesimo deve essere pertanto rimodulato proprio partendo dall'esigenza di regolarizzare la modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali rese in regime di urgenza e considerando comunque che tale modalità di accesso, più che essere eliminata, deve essere correttamente riconsiderata come tipologia di erogazione dei servizi aggiuntiva rispetto ai livelli previsti dal DPCM 29 novembre 2001. Non si tratta quindi dell'introduzione di una quota di partecipazione sulle prestazioni di pronto soccorso per scongiurare l'utilizzo (operazione già fallita nel passato), bensì della regolarizzazione e conseguentemente della definizione di una quota di partecipazione ad un servizio aggiuntivo cui i cittadini sono responsabilmente chiamati a contribuire proprio nello spirito del d.lgs. n. 229/1999.

In altri termini accanto al riconoscimento di un livello aggiuntivo di servizi occorre porre a carico dei cittadini che ritengono di avvalersi di tale modalità, un onere adeguato (seppure contenuto nei limiti che il citato d. lgs. n. 124/1998 impone a carico dell'istituto utilizzato- Euro 51,65 per accesso).

Per le finalità di cui sopra, le modalità di accesso ai servizi e l'ammontare del corrispettivo posto a carico dei cittadini che di tali modalità intendono avvalersi, vengono individuate, in armonia con il disposto dell'art. 13 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. che stabilisce che le Regioni possano prevedere livelli superiori di assistenza o qualitativamente migliori nonché forme di partecipazione alla spesa sanitaria, nell'allegato B) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

La Regione Piemonte è decisamente impegnata a garantire ai propri cittadini un livello di prestazioni elevato, certamente superiore agli ordinari standard della maggior parte delle altre regioni: non ritiene quindi, pur potendo legittimamente operare in tal senso, sviluppare interventi che vadano nella direzione della riduzione dei servizi.

Tale scelta strategica è fortemente sostenuta dagli importanti interventi di razionalizzazione delle attività finalizzati al massimo recupero dell'efficienza gestionale da tempo già sviluppati, pur tuttavia, il mantenimento di eccellenti livelli di prestazioni ed il riconoscimento di ulteriori livelli di servizio, necessita di un sostegno economico adeguato cui tutti i cittadini sono responsabilmente chiamati a collaborare. La copertura della parte posta a carico dei cittadini prevista anche a carico dei fondi integrativi, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo n. 502/92 e s.m.i., non è stata infatti attivata a causa della mancata operatività degli stessi.

La complessità derivante dall'applicazione dei livelli essenziali di assistenza ha indotto il Ministero della salute ad adottare (decreto del 12 dicembre 2001), di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Si tratta cioè di un insieme di indicatori e di parametri che permettono di monitorare l'erogazione dei livelli di assistenza anche al fine di correggere le eventuali anomalie.

All'art. 1 del decreto si legge, in particolare, che il sistema di monitoraggio è finalizzato "(...) al monitoraggio del rispetto di ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario".

La Regione Piemonte, in esecuzione delle previsioni della DGR n. 27-1912 del 7 gennaio 2001 ha già sviluppato un proprio sistema di verifica che le consente, trimestralmente, ed in raccordo con il sistema generale di controllo di cui alla DGR n. 59-28477 del 25 ottobre 1999 ed alla DD n. 397 del 20 dicembre 1999, di valutare le anomalie ed individuare eventuali correttivi: tra le anomalie che il sistema di monitoraggio regionale evidenzia risulta particolarmente rilevante l'andamento della spesa farmaceutica.

Infatti, l'abolizione dal 1.1.2001 di ogni forma di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti (intendendo sia la quota fissa per ricetta che il ticket percentuale sui farmaci), oltre al mancato introito, ha avuto, come effetto indiretto, la rinuncia al ruolo calmieratore sui consumi. La spesa farmaceutica netta a carico del Sistema sanitario nazionale nel 2001 ha subito un rilevante incremento rispetto all'anno 2000, quantificato in + 32,6% a livello nazionale, peraltro contenuto nel + 26% nella nostra Regione.

Si tratta pertanto di ristabilire congrue modalità di accesso alle prestazioni farmaceutiche che contribuiscano a incrementarne il livello di appropriatezza così da liberare importanti risorse finanziarie a copertura degli oneri che la Regione è chiamata ad affrontare per lo sviluppo della qualità delle prestazioni e dei livelli di assistenza.

Tale situazione impone la necessità di definire, in ossequio alle previsioni del comma 3 dell'art. 4 della legge n. 405 del 16 novembre 2001 e dell'allegato 3 al DPCM 29 novembre 2001 le condizioni di applicazione di quote di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni farmaceutiche quali definite nell'allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Tutto ciò premesso, il relatore, propone alla Giunta regionale di:

* di recepire il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" del 29 novembre 2001;

* di approvare i livelli aggiuntivi di prestazioni sanitarie di cui all'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Le prestazioni connesse all'area di integrazione socio-sanitaria, continuano, sino al 30 giugno 2002, ad essere assicurate dal servizio sanitario regionale nelle modalità attualmente in vigore rinviando a successivo provvedimento, conseguente alla consultazione degli Enti Locali, la definizione puntuale delle modalità di finanziamento.

* di approvare le modalità di fruizione delle prestazioni ambulatoriali rese nell'ambito delle strutture di emergenza-urgenza e l'ammontare della quota di partecipazione alla spesa posta a carico dei cittadini così come individuate nell'allegato B) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il gettito delle predette quote di partecipazione sarà prioritariamente finalizzato al finanziamento delle eventuali maggiori spese derivanti dalle misure organizzative volte all'abbattimento delle liste di attesa.

* di stabilire, in ossequio alle previsioni del comma 3 dell' art. 4 della legge n. 405 del 16 novembre 2001, le condizioni di applicazione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni farmaceutiche quali definite nell'allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

La Giunta Regionale, per le motivazioni in premessa esplicitate,

visto il decreto ministeriale 14 aprile 1984;
visto il decreto ministeriale 1 febbraio 1991, s.m.i.;
vista la legge 25 febbraio 1992, n.210;
visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
vista la legge 28 dicembre 1995 n.549;
visto il decreto ministeriale 6 marzo 1995;
visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995;
vista la legge 25 luglio 1997, n.238;
visto il decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124;
visto il decreto legislativo 25 luglio 1998, n.28
visto il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329;
vista la legge 22 giugno 1999, n. 230;
vista la legge 8 febbraio 2001, n. 12;
visto il decreto legge 18.9.2001 n. 347 convertito con legge 16.11.2001 n. 405;
visto il decreto ministeriale 18 maggio 2001 n. 279;
visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001;
visto il decreto ministeriale 12 dicembre 2001;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 128-12716 del 2 aprile 1987 ;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 187-2406 del 10 dicembre 1990;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 138-1781 del 28 dicembre 1992;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 143-14242 del 25 novembre 1996;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 105-20622 del 30 giugno 1997;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 41-27169 del 24 aprile 1999;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 59-28477 del 25 ottobre 1999;
vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 63-28623 del 15 novembre 1999;

vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 135-721 del 31 luglio 2000;

vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 27-1912 del 7 gennaio 2001;

vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 11-4878 del 21 dicembre 2001;

vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 44 - 5516 dell'11 marzo 2002.

condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi,

delibera

di recepire il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" del 29 novembre 2001.

Di approvare i livelli aggiuntivi di prestazioni di cui all'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Le prestazioni connesse all'area di integrazione socio-sanitaria, continuano, sino al 30 giugno 2002, ad essere assicurate dal servizio sanitario regionale nelle modalità attualmente in vigore rinviando a successivo provvedimento, conseguente alla consultazione degli Enti Locali, la definizione puntuale delle modalità di finanziamento.

Di approvare le modalità di fruizione delle prestazioni ambulatoriali rese nell'ambito delle strutture di emergenza-urgenza e l'ammontare della quota di partecipazione alla spesa posta a carico dei cittadini così come individuate nell'allegato B) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il gettito delle predette quote di partecipazione sarà prioritariamente finalizzato al finanziamento delle eventuali maggiori spese derivanti dalle misure organizzative volte all'abbattimento delle liste di attesa.

Di stabilire, in ossequio alle previsioni del comma 3 dell' art. 4 della legge n. 405 del 16 novembre 2001, le condizioni di applicazione di quote di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni farmaceutiche quali definite nell'allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Di stabilire che il rispetto delle disposizioni di cui al presente provvedimento, con particolare riguardo all'assolvimento puntuale degli obblighi di informazione connessi allo sviluppo del monitoraggio trimestrale, per le situazioni disciplinate negli allegati A) e B) del presente provvedimento, costituiranno elemento di valutazione ai fini dell'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico per l'anno 2002 ai sensi dell'art.1, comma 5, del D.P.C.M. n.502/1995 come modificato dal D.P.C.M. n. 319/2001 e dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. n.502/1992 s.m.i.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto.

(omissis)

Allegato A

Criteri e modalità di applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante "definizione dei livelli essenziali di assistenza"

1. Prestazioni di cui agli allegati 2 A) e 2 B) al D.P.C.M. 29 novembre 2001

L'allegato 2 al D.P.C.M. 29 novembre 2001 individua le prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza, quelle parzialmente escluse in

quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche e le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali le Regioni individuano modalità più appropriate di erogazione.

In particolare l'allegato 2 A) individua le prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza, prevedendo che la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possano, su disposizione regionale, essere incluse nell'Allegato 2 B) (prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche).

Tra le prestazioni totalmente escluse sono comprese anche le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica, nonché quelle di idoneità all'adozione. Considerato che la prima tipologia di certificazione interessa anche i minorenni per i quali la pratica sportiva rappresenta un alto intervento educativo e di tutela della salute psicofisica, come già previsto dalla DGR n. 63-28623 del 15 novembre 1999, si conferma, per i medesimi, la possibilità di accedere a titolo gratuito alle visite di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

La seconda tipologia di certificazione riguarda l'idoneità fisica per i coniugi aspiranti all'adozione di minori richiesta dal Tribunale dei Minorenni di Torino, e rilasciata dal Servizio di Medicina legale delle AA.SS.LL..

Per tali certificazioni, così come per tutti gli accertamenti diagnostico strumentali finalizzati alle certificazioni medesime, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui alla D.G.R. 2 aprile 1987 n. 128-12716 e sue integrazioni.

Tra le prestazioni indicate nell'allegato 2 A), oltre alle seguenti prestazioni di terapia fisica, non più erogabili dal SSR dal giorno 23.02.2002,

codice 93.31.3 Idromassoterapia
 codice 93.34.1 Diatermia ad onde corte e microonde
 codice 93.39.1 Massoterapia distrettuale riflessogena
 codice 93.39.3 Pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente
 codice 93.43.1 Trazione scheletrica
 codice 99.27 Ionoforesi
 codice 99.88 Fotoferesi terapeutica
 codice 99.88 Fotochemioterapia extracorporea
 codice 99.88 Fotoferesi

sono comprese le ulteriori prestazioni:

codice 93.39.4 Elettroterapia antalgica diadinamica
 codice 93.39.5 Elettroterapia antalgica - elettroanalgesia transcutanea (tens, alto voltaggio)
 codice 93.39.9 Ultrasuonoterapia
 codice 99.29.7 Mesoterapia
 codice 99.29.1 Laserterapia antalgica

Sino al 30 giugno 2002, nelle more della definizione, entro la medesima data, di linee guida e percorsi terapeutici che ne disciplinino l'appropriatezza prescrittiva, queste ultime prestazioni, oltre alla prestazione di cui al codice 93.35.1 - agopuntura con moxa revulsivante-, sono incluse tra quelle dell'allegato 2B "prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche" e continuano ad essere assicurate dal servizio sanitario regionale.

Analogamente, sino al 30 giugno 2002, nelle more della definizione di linee guida e percorsi terapeutici che ne disciplinino l'appropriatezza, continuano ad essere assicurate dal servizio sanitario regionale le prestazioni di cui all'allegato 2B). Nell'attesa dei suddetti indirizzi regionali le prestazioni continuano ad essere erogate sulla base delle indicazioni contenute nel Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 105-20622 del 30 giugno 1997 e successive modifiche e integrazioni.

Le prestazioni non più erogabili a carico del servizio sanitario regionale potranno continuare ad essere rese ma con onere a totale carico del cittadino.

Sino al 30 giugno 2002, le Aziende sanitarie locali continueranno a garantire, con le modalità attualmente vigenti, le prestazioni socio-sanitarie di cui al punto 1C del D.P.C.M. 29 novembre 2001.

2. Prestazioni con profilo organizzativo potenzialmente inappropriato e appropriatezza dei tempi di erogazione

Nell'allegato 2C) al decreto presidenziale sono, come noto, inserite le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali le Regioni individuano modalità più appropriate di erogazione. La Regione, con DGR n. 11-4878 del 21 dicembre 2001, nel fornire, da ultimo, indirizzi per la razionalizzazione delle attività delle aziende sanitarie e per il recupero di efficienza gestionale, ha ridefinito anche criteri di appropriatezza delle attività ospedaliere anticipando, di fatto, le previsioni del citato allegato 2C).

Le medesime disposizioni vengono pertanto integralmente riconfermate: Le proposte di razionalizzazione organizzativa delle strutture destinate in particolare all'attività di ricovero, cui sono chiamate le aziende sanitarie regionali in attuazione della DGR 11-4878/2001, costituiscono già un momento di puntuale realizzazione delle finalità poste a base del provvedimento ministeriale. La traduzione immediata dei suddetti principi implica che le proposte di razionalizzazione possano giungere a coinvolgere anche l'attività di intere strutture organizzative in una ottica di pieno recupero di efficienza e di miglioramento della risposta qualitativa di erogazione dei servizi.

Il criterio della appropriatezza e quindi anche l'esigenza di garantire l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta, ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, una componente altrettanto strutturale dei livelli essenziali di assistenza. Le disposizioni di cui al presente allegato rispondono prioritariamente proprio all'esigenza di garantire tempi adeguati di erogazione delle prestazioni elevando il livello di appropriatezza delle risposte sanitarie. In tale direzione operano altresì le disposizioni di cui all'allegato B) relativamente all'appropriato utilizzo delle strutture di pronto soccorso.

Vengono pertanto recepite le linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa costituite, ai sensi dell'accordo 14 febbraio 2002, quale allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001.

I direttori generali e commissari delle aziende provvedono alla puntuale attuazione delle indicazioni regionali in materia accesso e monitoraggio alle

prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sulla corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

Nell'ambito del sistema regionale di controllo di cui alla DGR n. 59-28477 del 25 ottobre 1999 ed alla DD n. 397 del 20 dicembre 1999 s.m.i., si provvederà al monitoraggio, con cadenza mensile, dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni individuate dalla DGR 55-4769 del 10 dicembre 2001. Ai sensi dell'allegato b) al medesimo provvedimento le aziende sanitarie regionali provvedono ad individuare le prestazioni oggetto di monitoraggio diretto ed i relativi standard aziendali ai sensi del D.P.C.M. 19 maggio 1995.

Ai sensi del punto 2 dell'allegato 5 al D.P.C.M. 29 novembre 2002, entro il 30 giugno 2002 la Regione provvederà ad adottare apposite linee guida sulla appropriatezza prescrittiva al fine anche di ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta di prestazioni.

3. Fornitura di materiale extratariffario

Il regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, approvato con Decreto Ministeriale 27.8.1999 n. 332, non offre risposta ai problemi di determinate categorie di disabili affetti da particolari patologie, spesso ingravescenti, comunque caratterizzate da una variabilità clinica che si riflette sulla quantità e qualità dei bisogni assistenziali.

La rigidità del Regolamento suddetto, mal si concilia con questo carattere di variabilità clinica e assistenziale delle malattie causanti la disabilità. Per fare fronte a queste esigenze di assistenza, la Regione, nel corso degli anni, ha provveduto a stanziare sul proprio bilancio le somme necessarie per assicurare la fornitura di ausili tecnici non inseriti nel Nomenclatore Tariffario, ovvero inseriti in quantità fissa non rispondenti a specifici e accertati bisogni.

Poiché i livelli essenziali di assistenza fanno esplicito riferimento solo a quanto strettamente contemplato dal D.M.332/1999, si ritiene che la fornitura degli ausili tecnici, debba continuare ad essere garantita in linea prioritaria, non escludendo i soggetti disabili, affetti da patologie croniche, quali i medullesi e affetti da vescica neurologica, gli affetti da malattie neoplastiche e gli enterourostomizzati, nonché altri soggetti invalidi che necessitano di presidi indispensabili non contemplati nel nomenclatore di cui sopra oppure inseriti in quantità non rispondente a specifici e accertati bisogni.

Restano pertanto confermate le modalità di erogazione di cui agli specifici provvedimenti regionali.

4. Materiale d'uso

La legislazione nazionale, non ha mai tenuto conto degli sviluppi di alcune patologie a rilevanza sociale che pure colpiscono larghe fasce di popolazione. In carenza di una normativa nazionale che determini le prestazioni e regoli le procedure di fornitura, la Regione Piemonte con DGR n.187-2406 del 10.12.1990 e successive integrazioni, ha individuato le patologie cui è garantito il diritto ad usufruire di materiali d'uso e di medicazione e con DGR 143-14242 del 25-11-1996 e DGR 41-27169 del

24.4.1999, ha disciplinato le modalità di prescrizione.

Tutto ciò premesso si dispone di continuare ad assicurare la fornitura dei prodotti di cui sopra con le modalità e per le patologie già individuate nei provvedimenti regionali.

5. Materiali di medicazione

Il materiale di medicazione sinora concesso ai sensi del D.M.332/99, risulta ormai superato atteso l'impiego di materiali tecnologicamente più avanzati, quali, ad esempio, gli idrocollanti, dotati di alto potere occlusivo, che permettono di eliminare i processi infettivi. L'utilizzo di nuovi materiali assicura comunque migliori risultati di cura consentendo di abbreviare notevolmente i tempi di guarigione, di ridurre il disagio per il paziente, di ridurre il numero di ricambi delle medicazioni, nonché, in molti casi, di prevenire le piaghe da decubito ottenendo contestualmente anche una riduzione dei ricoveri impropri.

Pertanto, in relazione alle suddette valutazioni si rende necessario continuare a fornire detto materiale come previsto nella deliberazione di Giunta regionale n.135-721 del 31.7.2000.

6. Prodotti aproteici

La fornitura di prodotti aproteici ai pazienti nefropatici cronici non rientra attualmente nei livelli essenziali di assistenza e la sospensione della loro fornitura comporterebbe, in molti casi, l'interruzione della dieta, elemento indispensabile per evitare la dialisi, con conseguenti maggiori costi per l'assistenza sanitaria.

I prodotti alimentari utili ai soggetti affetti da nefropatie croniche sono :

- Pasta e pastina, Riso, Semolino, Farina, Biscotti, Tapioca (in granuli o farina), Maizena, Fecola, Fette biscottate, Pane aproteico, Bastoncini, Minicarrè o amido, Amido di grano, Bevande aproteiche, Alimenti aproteici ad alto valore energetico.

Constato l'elevato numero di assistiti e la necessità di assicurare la continuità delle prestazioni occorre introdurre un tetto di spesa utile a contenere la spesa complessiva regionale determinando in Euro 90,00 mensili il tetto di spesa per ciascun assistito.

A decorrere dal 1 ottobre 2002 le ricette relative ai prodotti aproteici saranno rimborsate solamente se dotate di fustelle asportabili con codice a barre.

Al termine di ciascun trimestre le Aziende sanitarie regionali, in relazione alle scadenze connesse al sistema regionale di monitoraggio di cui alla DGR 27- 1912 del 7 gennaio 2001, provvederanno a relazionare in merito ai risultati dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente allegato. Nella relazione dovranno altresì essere segnalate in particolare eventuali necessità di modificazioni, integrazioni, della procedura.

La Direzione regionale "Controllo delle attività sanitarie" Settore "Assistenza extra ospedaliera", sulla scorta di un apposito tracciato di raccolta delle informazioni, provvederà alla verifica dell'assolvimento del suddetto obbligo informativo e della corretta applicazione delle disposizioni del presente allegato ai fini delle determinazioni connesse all'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico

dei Direttori generali (o Commissari) per l'anno 2002

Allegato B

Modalità di fruizione delle prestazioni ambulatoriali rese nell'ambito delle strutture di emergenza-urgenza e ammontare della quota di partecipazione alla spesa sanitaria posta a carico dei cittadini

1. Premessa

Le rilevazioni del sistema regionale di controllo di cui alla DGR n. 59-28477 del 25 ottobre 1999 ed alla DD n. 397 del 20 dicembre 1999 evidenziano che, nell'anno 2000, sono stati complessivamente effettuati n. 1.819.115 accessi in pronto soccorso e che il 13% di questi è stato seguito da ricovero: ciò anche a dimostrazione del buon livello di filtro effettuato dai pronto soccorso oltre all'indubbia presenza di patologie urgenti.

Stimando una media di circa 3,6 prestazioni per ciascun accesso in pronto soccorso si evidenzia la cifra complessiva di circa 5,7 milioni di prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture del pronto soccorso.

Le rilevazioni del sistema regionale di controllo mettono in evidenza, sempre con riguardo all'attività 2000, come nelle strutture di pronto soccorso nelle quali è attiva la funzione di "triage" infermieristico, al 40% degli accessi risulti attribuito il "codice bianco". Come noto, il suddetto codice, inserito al livello più basso di una scala cromatica che differenzia i tempi di attesa e le prestazioni in relazione a diversi livelli di gravità, contraddistingue le prestazioni che avrebbero potuto essere assicurate in forma ambulatoriale dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dalle strutture della c.d. "continuità assistenziale" o dagli specialisti ambulatoriali.

Se ragionevolmente si ipotizzasse l'applicazione del valore percentuale di cui sopra all'insieme degli accessi in pronto soccorso, è approssimativamente quantificabile in oltre 2 milioni il numero di prestazioni ambulatoriali impropriamente rese dalle strutture di pronto soccorso per richieste che potevano essere evase con le ordinarie procedure di accesso ai servizi.

Non possono sfuggire, attesa la loro immediata evidenza, i riflessi di ordine organizzativo, qualitativo ed economico, direttamente connessi alla constatazione di cui sopra.

Si rende pertanto necessario, anche al fine di garantire un equo esercizio delle condizioni di accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini ed un appropriato ricorso alle strutture di emergenza urgenza, apportare adeguate misure correttive di sistema.

Rispetto al quadro delineato sono opportuni e perseguibili i seguenti obiettivi:

- regolamentare l'utilizzo delle strutture di emergenza-urgenza quando chiamate a svolgere funzioni diverse dal proprio "compito istituzionale";
- evitare una situazione di privilegio, rispetto alle liste di attesa e alla compartecipazione alla spesa delle prestazioni, a favore di coloro che si rivolgono in modo improprio alle risorse tecnico-professionali dedicate alle emergenze sanitarie;

- promuovere l'appropriato ricorso ai diversi regimi dell'assistenza sanitaria;
- razionalizzare l'uso delle risorse del SSR in una ottica di efficiente ed efficace utilizzo delle stesse;
- consolidare nelle strutture di pronto soccorso la funzione istituzionale e operativa di servizi qualificati e dedicati all'emergenza sanitaria al fine di elevarne il rendimento specialistico e qualitativo;
- evitare che in carenza di criteri precisi ed uniformi si dia luogo ad interpretazioni diverse sulla emergenza dei casi trattati e sulla eventuale compartecipazione alla spesa;
- applicare decisioni coerenti con le previsioni del legislatore nazionale e caratterizzate da continuità rispetto ai precedenti amministrativi.

Per raggiungere gli obiettivi precedentemente indicati risulta necessario:

1. individuare le prestazioni di stretta competenza delle strutture del pronto soccorso in quanto erogate a pazienti per i quali ricorrono giustificate condizioni di urgenza/emergenza;
2. disporre che le cure erogate a seguito di accessi diversi da quelli sopra previsti siano assoggettate alla corresponsione di un contributo economico a carico dei cittadini determinato con riferimento alle tipologie di prestazioni effettuate;
3. determinare, avendo a riferimento le previsioni dell' articolo 3, comma 7, del decreto legislativo n.124/1998, in Euro 50 l'ammontare massimo della quota per ciascun accesso;
4. determinare in Euro 30 ed Euro 50 la quota di partecipazione alla spesa dovuta per ciascun accesso improprio al pronto soccorso in relazione alla tipologia di prestazioni rese come meglio precisato successivamente;
5. stabilire che la corresponsione delle quote decorra dal 1 maggio 2002 e che entro il primo anno di applicazione si proceda a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche alle disposizioni di cui al presente provvedimento. Trimestralmente si provvederà a monitorarne l'applicazione

2. Definizione

Viene definita quale struttura di pronto soccorso quella destinata all'attività diagnostica e terapeutica di urgenza ed emergenza sanitaria funzionante in ospedale per acuti in orario diurno o per 24 ore. Sono assimilate alle prestazioni erogate da strutture di pronto soccorso quelle erogate da punti di primo intervento anch'essi funzionanti in orario diurno o per 24 ore.

3. Prestazioni senza oneri per l'assistito

Nelle strutture di pronto soccorso sono erogate, senza oneri a carico degli assistiti, le prestazioni:

1. seguite da ricovero immediato, indipendentemente dalla struttura ospedaliera presso la quale il ricovero medesimo viene effettuato;
2. erogate in presenza di situazioni di emergenza o di urgenza clinicamente non differibile (esempio ferite laceri contuse, ecc);
3. avvenute a fronte di una specifica richiesta, formulata nelle 6 ore precedenti, dal medico curante o dal medico di continuità assistenziale;
4. avvenute con trasporto organizzato dal sistema 118;

5. che hanno evidenziato condizioni di rischio correlate allo stato di gravidanza;
6. erogate a seguito d'infortunio sul lavoro in assicurati INAIL;
7. erogate su richiesta degli organi di P.S. o polizia giudiziaria;
8. erogate a bambini di età inferiore ai tre anni.

4. Determinazione della quota di partecipazione

La quota di partecipazione alla spesa sanitaria posta a carico dei cittadini, escluse le prestazioni di cui al precedente punto 2, è così determinata:

1. quota di partecipazione alla spesa per prestazioni erogate da personale medico e infermieristico di pronto soccorso, comprensiva della valutazione clinica con una o più consulenze specialistiche.

Costo Euro 30;

2. quota di partecipazione alla spesa per accessi impropri che comportino oltre alle prestazioni di cui al punto 1 l'effettuazione di accertamenti diagnostici o interventi di carattere terapeutico:

Costo Euro 50.

La quota di partecipazione alla spesa sanitaria non è inoltre dovuta per le prestazioni correlate alle situazioni regolate da:

- decreto ministeriale 14 aprile 1984 "Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile" come modificato dal decreto ministeriale 6 marzo 1995 "Aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile".

- decreto ministeriale 1 febbraio 1991 "Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria" limitatamente alle previsioni di cui all'articolo 6, commi 1) e 2) ;

- decreto ministeriale 28 maggio 1999 n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1 lett. a), del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124";

- decreto ministeriale 18 maggio 2001 n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione della partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124";

- decreto ministeriale 21 maggio 2001 n. 296 "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999 n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1 lett. a), del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124.

Sono inoltre esenti dal pagamento i cittadini che si trovano nelle condizioni disciplinate dall'articolo 1 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" come modificata dall'articolo 2, comma 15, della legge 28 dicembre 1995 n.549 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica".

5. Disciplina delle riscossioni

Atteso che la valutazione dell'indifferibilità ed urgenza della richiesta di intervento, e quindi dell'as-

soggettamento o meno della prestazione alla partecipazione alla spesa sanitaria, può essere effettuata dal medico di pronto soccorso solamente a posteriori, e cioè a conclusione dell'iter diagnostico/terapeutico intrapreso a seguito dell'accesso, le aziende predispongono le opportune modalità di informazione degli assistiti.

I direttori generali delle aziende sanitarie regionali daranno ampia pubblicità delle nuove modalità di accesso alle prestazioni di pronto soccorso, informando adeguatamente i medici operanti nelle rispettive unità organizzative e gli uffici per le relazioni con il pubblico. I direttori generali delle aziende sanitarie locali cureranno altresì la capillare diffusione delle necessarie informazioni ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici di continuità assistenziale.

Il direttore generale dispone i necessari interventi organizzativi per la puntuale applicazione del presente provvedimento nonché promuove ogni necessaria azione organizzativa finalizzata a facilitare la riscossione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria.

Gli assistiti sono adeguatamente informati sulla possibilità di essere chiamati a corrispondere, ricorrendo le condizioni di cui al presente allegato, la quota di partecipazione alla spesa sanitaria di cui al presente allegato. Di norma, al momento dell'accesso alla struttura, viene fatta sottoscrivere apposita dichiarazione attestante l'impegno dell'assistito ad effettuare il relativo pagamento.

Il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria è di norma effettuato prima del rilascio della documentazione sanitaria attestante le prestazioni erogate. Laddove ciò non risulti possibile l'azienda assumerà le iniziative necessarie alla riscossione.

6. Disciplina dei casi particolari

I cittadini stranieri in possesso dell'apposito modello E111 o altro titolo attestante il diritto all'assistenza sanitaria vengono ammessi alle prestazioni alle medesime condizioni previste per i cittadini italiani.

Gli altri stranieri, non iscritti al SSN, appartenenti a paesi extra comunitari, in assenza di accordi tra gli Stati, sono soggetti alle disposizioni contenute nel testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998 n.286 s.m.i. e relative disposizioni attuative.

7. Monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni

Al termine di ciascun trimestre le aziende sanitarie regionali, in relazione alle scadenze connesse al sistema regionale di monitoraggio di cui alla DGR 27- 1912 del 7 gennaio 2001, provvederanno a relazionare in merito ai risultati dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente allegato. Nella relazione dovranno altresì essere segnalate in particolare eventuali necessità di modificazioni, integrazioni, della procedura.

La direzione regionale "Programmazione sanitaria", Settore "Emergenza sanitaria", provvederà, sulla scorta di un apposito tracciato di raccolta delle informazioni, alla verifica dell'assolvimento del suddetto obbligo informativo e della corretta applica-

zione del protocollo di accesso disciplinato dal presente allegato, ai fini delle determinazioni connesse all'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico dei direttori generali (o commissari) per l'anno 2002.

Allegato C

Misure per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

Nel corso dell'anno 2001 la spesa farmaceutica netta a carico del Sistema sanitario nazionale (Ssn) ha subito un rilevante incremento rispetto all'anno 2000, quantificato in + 32,6% a livello nazionale peraltro contenuto nel + 26,7% nella nostra regione.

I fattori che hanno determinato la forte espansione della spesa farmaceutica sono principalmente:

- l'abolizione dal 1.1.2001 di ogni forma di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti (intendendo sia la quota fissa per ricetta che il ticket percentuale sui farmaci), che ha avuto come effetto diretto un mancato introito ed un effetto indiretto di annullamento del ruolo calmieratore sui consumi svolto dai ticket;

- l'ammissione alla rimborsabilità di nuovi farmaci di costo elevato per patologie importanti (es. farmaci per l'Alzheimer), precedentemente non inclusi;

- lo spostamento delle prescrizioni verso farmaci più nuovi e più costosi (effetto mix);

- l'allargamento delle condizioni di prescrivibilità a carico del Ssn operata dalla Commissione unica del farmaco (Cuf) con la revisione e la riduzione delle note limitative alla prescrizione (ad esempio, abolizione della nota Cuf 80 per gli antidepressivi ed allargamento delle indicazioni relative all'uso di alcuni medicinali come antiulcera, ipocolesterolemizzanti, antinfiammatori);

- l'aumento dei prezzi dei farmaci e l'interazione tra i vari fattori.

Alla luce del trend osservato per la farmaceutica territoriale nel 2001 nella nostra regione, stimando che lo stesso si mantenga uguale e che non intervengano ulteriori imprevisi fattori di incremento, è ipotizzabile che la spesa netta per la farmaceutica nell'anno 2002 si attesti in circa 877 milioni di Euro con una differenza di circa 103 milioni di Euro tra il netto stimato e il tetto di spesa attribuito al Piemonte, pari a 774 milioni di Euro.

L'art. 5 del Decreto legge n. 347/2001, convertito nella legge n. 405/2001, recante "Interventi urgenti in materia sanitaria", dispone che a decorrere dal 2002, l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non superi il 13% della spesa sanitaria complessiva. Le regioni devono, pertanto, adottare tutti i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto dei tetti di spesa previsti.

La stessa legge n. 405/2001, all'art.4, lettera a), comma 3, prevede che le regioni coprano eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati anche con l'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Coerentemente con quanto previsto dalla citata legge n. 405/2001 in materia di tetti di spesa per l'anno 2002 e di provvedimenti da adottare per esigenze di contenimento della stessa, è necessario reintrodurre una quota di partecipazione da parte degli assistiti alla spesa farmaceutica convenzionata,

allo scopo di razionalizzare i consumi ed ottimizzare le risorse disponibili.

Infatti, con propria relazione approvata nella seduta del 14 febbraio 2002, la Commissione spesa farmaceutica del Ministero della Salute ha valutato che l'abolizione del ticket sui medicinali nell'anno 2001, considerandone in toto gli effetti diretti ed indiretti, abbia inciso per oltre il 15% sull'incremento complessivo della spesa farmaceutica.

Per quanto sopra esposto, si stima che la reintroduzione di una quota fissa per confezione di farmaco, unitamente alle altre manovre già in atto sui farmaci generici e sulla sperimentazione di modalità alternative di distribuzione dei farmaci, possa consentire di mantenere la spesa farmaceutica convenzionata regionale dell'anno 2002 entro il tetto del 13% della spesa sanitaria complessiva, nel rispetto dell'accordo Stato - Regioni di cui all'art.1, comma 1 della legge n. 405/2001.

Per il conseguimento degli obiettivi di contenimento di cui sopra, si stabilisce di introdurre a far data dal 4 aprile 2002 una quota fissa di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte degli assistiti definita in 2 Euro per ogni pezzo di farmaco prescritto fino a un massimo di 4 Euro per ricetta.

Derogano a tale disposizione:

- i medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge n.405/2001 (medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati esclusivamente per flebo-clisi) che sono soggetti alla quota fissa di 1 Euro a pezzo, fino ad un massimo di 4 Euro per ricetta;

- i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore severo di cui alla legge n. 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, il ticket è stabilito in 1 Euro per ogni preparazione prescritta fino ad un massimo di 2 Euro per ricetta.

Nella reintroduzione della compartecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica convenzionata si intendono, comunque, garantire i privilegiati diritti di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria alle categorie di cittadini individuate dal Decreto ministeriale 1 febbraio 1991, "Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria", dalla legge n.238/1997 recante "Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n.210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati" e dal Decreto ministeriale 28 maggio 1999, n.329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche ed invalidanti" e successive integrazioni.

Sono, pertanto, totalmente escluse dal pagamento della quota fissa sopra stabilita le seguenti categorie di assistiti:

- i grandi invalidi del lavoro;
- gli invalidi civili al 100%;
- i ciechi e sordomuti ex art. 6 legge n. 482/68;
- i pensionati di guerra titolari di pensione vitalizia;
- i detenuti e gli internati ex art. 1 legge 22 giugno 1999, n.230;
- i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazioni di emoderivati ex lege n.238/1997, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n.210/1992.

A far data dal 4 aprile 2002 sono tenuti a corrispondere la quota fissa di 1 Euro per ogni pezzo di farmaco prescritto fino ad un massimo di 3 Euro per ricetta, per i farmaci correlati alla propria patologia e dei quali è consentita la pluriprescrizione fino a tre pezzi per ricetta, gli assistiti cui è stato riconosciuto il diritto all'esenzione per malattie croniche ed invalidanti ai sensi del D.M. 28 maggio 1999, n.329, e successive integrazioni.

AVVISO AI LETTORI

SONO IN VENDITA, PRESSO LE LIBRERIE AFFIDATARIE DELLA DISTRIBUZIONE DEL BOLLETTINO UFFICIALE IN EDIZIONE CARTACEA, LE EDIZIONI IN CD-ROM DEL BOLLETTINO UFFICIALE RELATIVE ALL'ANNO 2000 (Lire 50.000, Euro 25,82).

LA RACCOLTA STORICA 1970 - 1999 E' DISPONIBILE PRESSO LA DITTA MICRO-SHOP, C.SO MATTEOTTI N. 57, TORINO.

**RICHIESTA ABBONAMENTO DA INVIARE CON LETTERA O FAX AL NUMERO 011.432.4363
ALL'UFFICIO DEL BOLLETTINO UFFICIALE**



Mittente:

_____li, / /

Prot n. _____

Spett . REGIONE PIEMONTE
Bollettino Ufficiale
P.zza Castello 165
10122 Torino

Con la presente vi richiediamo la sottoscrizione di abbonamento al BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Piemonte optando tra le modalità di seguito elencate :

	Tipologia abbonamento e costo abbonamento	Codice	Numero Abbonamenti richiesti(*)
<input type="checkbox"/>	12 Mesi Atti della Regione e Atti dello Stato Fascicoli ordinari, + Supplementi € 103,29	A1	
<input type="checkbox"/>	6 Mesi Atti della Regione e Atti dello Stato Fascicoli ordinari, + Supplementi € 51,65	S1	
<input type="checkbox"/>	12 Mesi Concorsi Appalti Annunci € 46,48	A3	
<input type="checkbox"/>	6 Mesi Concorsi Appalti Annunci € 23,24	S3	

(*) In caso di più abbonamenti allegare elenco dettagliato dei diversi destinatari

In allegato si trasmette copia del versamento su C/CP n. 30306104 comprovante l'avvenuto pagamento.

Distinti saluti _____

incollare in questo spazio la ricevuta di versamento

I dati da Lei indicati saranno inseriti nella banca dati elettronica degli abbonati al Bollettino Ufficiale nel rispetto di quanto stabilito dalla legge 31 dicembre 1996 n.675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". I dati personali inviati alla Redazione del Bollettino Ufficiale per l'attivazione dell'abbonamento saranno utilizzati esclusivamente ai fini della spedizione dei fascicoli. Per essi Lei potrà chiedere modifiche, aggiornamenti, integrazioni ovvero cancellazioni scrivendo a: REGIONE PIEMONTE - Bollettino Ufficiale - P.zza Castello,165 - 10122 Torino.



BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE PIEMONTE

Direzione - Redazione

Piazza Castello 165, 10122 Torino - Tel. 011432 - 3299 / 4734 / 3994 / 4674 / 3559 - Fax 011432 4363

Sito internet: <http://www.regione.piemonte.it>

e-mail: bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it

<i>Direttore</i> Laura Bertino	<i>Direttore responsabile</i> Roberto Salvio
<i>Dirigente</i> Valeria Repaci	<i>Redazione</i> Carmen Cimicchi, Roberto Falco
<i>Abbonamenti</i> Daniela Romano	Sauro Paglini, Fernanda Zamboni
<i>Coordinamento informatico</i> Rosario Copia	<i>Coordinamento Immagine</i> Alessandra Fassio

Avviso

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti della Legge n. 675/1996, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.