

D.P.C.M. 29 novembre 2001 (1)

Definizione dei livelli essenziali di assistenza (2)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 1, commi 1, 2, 3, 7 e 8;

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi in data il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 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 di Bolzano, il quale, fra l'altro, contestualmente alla determinazione della disponibilità complessiva ed onnicomprensiva di risorse da destinare al finanziamento del servizio sanitario nazionale per gli anni dal 2001 al 2004, prevede l'impegno del Governo ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei livelli essenziali di assistenza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, di modifica del richiamato decreto legislativo n. 502 del 1992, e in relazione con le risorse definite nello stesso accordo;

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di 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 di Bolzano, che stabilisce le risorse da destinare al finanziamento del Servizio sanitario nazionale pari a 138.000 miliardi di lire per il 2001, 146.376 miliardi di lire per il 2002, 152.122 miliardi di lire per il 2003 e 157.371 miliardi di lire per il 2004;

Visto l'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, il quale stabilisce che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono 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 di Bolzano, sancito in data 22 novembre 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, relativo alla definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 22 novembre 2001;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Decreta:

1. 1. Il presente decreto definisce, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, e dell'articolo 6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e conformemente agli Accordi fra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 8 agosto e 22 novembre 2001, i livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui agli allegati 1, 2, 3 e 3.1 che costituiscono parte integrante del presente decreto e alle linee-guida di cui all'allegato 4.

2. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Allegato 1

1.A CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI

Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie

B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro

D. Sanità pubblica veterinaria

E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

F. Attività di prevenzione rivolte alla persona

- vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

- programmi di diagnosi precoce

G. Servizio medico-legale

2. Assistenza distrettuale

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare

- continuità assistenziale notturna e festiva

- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405

- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari

- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative

- diagnostica strumentale e di laboratorio

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane in relazione al livello di non autosufficienza (3)
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

3. Assistenza ospedaliera

A. pronto soccorso

B. degenza ordinaria

C. day hospital

D. day surgery

E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)

F. riabilitazione

G. lungodegenza

H. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali; attività di ricerca e reperimento di cellule staminali presso Registri e banche nazionali ed estere (4)

I. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

Nell'ambito delle tre macroaree precedenti, è inclusa l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari:

* Invalidi

- prestazioni sanitarie previste dai rispettivi ordinamenti alla data di entrata in vigore della legge n. 833 del 1978

* Soggetti affetti da malattie rare

- prestazioni di assistenza sanitaria finalizzate alla diagnosi, al trattamento ed al monitoraggio della malattia ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti

* Soggetti affetti da fibrosi cistica

- fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico, compresi i supplementi nutrizionali

* Nefropatici cronici in trattamento dialitico

- rimborso spese di trasporto al centro dialisi

- altre provvidenze a favore dei dializzati (su determinazione regionale)

* Soggetti affetti da diabete mellito

- fornitura gratuita di ulteriori presidi diagnostici e terapeutici

* Soggetti affetti da Morbo di Hansen

- fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici

- spese di viaggio per l'esecuzione del trattamento

* Cittadini residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero

- assistenza sanitaria autorizzata.

1.B RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON L'INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI, DELLE STRUTTURE DI OFFERTA E DELLE FUNZIONI

La ricognizione della normativa vigente, per quanto possibile, è presentata con apposite schede per ogni livello, così come precedentemente individuato, in cui accanto a ciascuna tipologia assistenziale sono stati richiamati i riferimenti normativi vigenti e, se disponibili, la lista di prestazioni erogabili, i parametri di offerta strutturali eventualmente previsti.

Si precisa che per l'area della Prevenzione collettiva, in ulteriore specifico allegato, vi è l'elencazione delle funzioni garantite. Si precisa altresì, con riferimento all'area medico-legale, che occorre operare una distinzione tra le prestazioni erogate in base ad una competenza istituzionale, e talvolta esclusiva, delle Aziende sanitarie, e le prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tra le fonti dei LEA sono stati inseriti anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza

Stato-Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN e secondo quanto disposto dall'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281 che dispone in tal senso:

«1. Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento degli obiettivi di funzionalità, economicità dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato-Regioni, accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

2. Gli accordi si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano».

Le prestazioni individuate dagli Accordi fanno parte dei LEA nei limiti previsti dal grado di coerenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in essi convenuto.

RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON L'INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI, DELLE STRUTTURE DI OFFERTA E DELLE FUNZIONI

LIVELLI DI ASSISTENZA

Fonti normative

Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Prevenzione collettiva (1)

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Profilassi delle malattie infettive e	<i>D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 art. 7 -ter</i>		La lista delle prestazioni non è	1A
parassitarie; tutela della collettività e dei	«Riordino della disciplina in materia		riportata in atti normativi.	1B
singoli dai rischi sanitari degli ambienti di	sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge		Convenzionalmente può	1C
vita, anche con riferimento agli effetti	23 ottobre 1992, n. 421» (S.O. n. 3 alla		essere condivisa la lista di cui	1D
sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale.	G.U. n. 4 del 7 gennaio 1994).		alle pagine seguenti.	1E

(1) In questo settore, parte dell'attività si effettua su richiesta di privati, in base a tariffe regionali.

Legenda: La quinta colonna della tabella (Rif.) indica il riferimento alla classificazione dei livelli contenuta nella Parte prima.

PREVENZIONE COLLETTIVA

Tutte le funzioni previste dalla normativa vigente, tra cui:

1. Igiene e sanità pubblica

1.1 Profilassi delle malattie infettive e diffuse

- Controllo malattie infettive e bonifica focolai

- Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive

- Medicina del viaggiatore
- Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione

1.2 Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale

- Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico
- Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani
- Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque di balneazione
- Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari

1.3 Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita

- Valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana
- Determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita
- Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita
- Formulazione di mappe di rischio ambientale
- Verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico
- Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali
- Vigilanza e controllo sui cosmetici
- Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici
- Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici
- Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti
- Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura
- Vigilanza sulle industrie insalubri
- Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica

2. Igiene degli alimenti e nutrizione

- Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e

bevande, comprese le acque minerali

- Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande
- Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro
- Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia
- Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande
- Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare
- Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande
- Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi

3. Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

- Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio
- Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro
- Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro
- Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni di lavoro
- Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro
- Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori
- Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti
- Controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro
- Valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge
- Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro
- Indagini per infortuni e malattie professionali
- Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori
- Informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro
- Tutela della salute delle lavoratrici madri

4. Sanità pubblica veterinaria

4.1 Sanità animale

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali
- Prevenzione e controllo delle zoonosi
- Interventi di polizia veterinaria
- Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate
- Igiene urbana e veterinaria
- Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina
- Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente

4.2 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il servizio farmaceutico e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri
- Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi
- Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale
- Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie
- Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione
- Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica
- Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione

4.3 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale

- Ispezione negli impianti di macellazione
- Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale
- Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale
- Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti
- Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare
- Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari
- Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale

Attività di prevenzione rivolta alle persone

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
-------------	-------	--------------------------	----------------------	------

		standard		
Vaccinazioni obbligatorie e vaccini per le vaccinazioni raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti.	<u>Legge 23 dicembre 1996, n. 662, art. 1, comma 34; D.P.R. 23 luglio 1998 «Psn 1998-2000»;</u> Provvedimento Conferenza Stato-Regioni 18 giugno 1999 «Piano nazionale vaccini 1999-2000»	Il Piano nazionale vaccini individua le percentuali di copertura vaccinale attese, le modalità operative, i requisiti dei servizi.	Il PSN e il Piano nazionale vaccini elencano le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.	1F
Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN.	<u>D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 1.</u> Provvedimento Conferenza Stato-Regioni 8 marzo 2001 (Linee guida per prevenzione, diagnostica e assistenza in oncologia).		Le linee guida individuano gli screening oncologici.	
Prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche [2].				

[2] Si fornisce di seguito un elenco di riferimenti normativi relativi all'erogazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche

AMBITO	PROVVEDIMENTO			G.U.
Malattie infettive e diffuse	<u>R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, art. 253 E SEG.</u>			Testo unico delle leggi sanitarie S.O. 9 agosto 1934, n. 186
Malattia tubercolare	Provvedimento	17	Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, dicembre 1998	18 febbraio 1999, n. 40
			ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera b) del <u>decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112</u>	
MALARIA	<u>Circolare</u>	n.	14	Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria 11/11/1997
SANITÀ PUBBLICA	Nota del 20/3/1997			Linee guida per gli interventi di sanità pubblica in caso di massiccio afflusso di popolazione straniera sul territorio italiano
CREUTZFELD-JACOB	<u>O.M. 12 febbraio 2001</u>			Sorveglianza malattia di Creutzfeld-Jacob
MALATTIE TRASMESSE DA ZECCHIE	<u>Circolare n. 10 del 13/7/2000</u>			Misure per la prevenzione delle malattie trasmesse da zecche
MALATTIA DI LYME, ENCEFALITE DA ZECCHIE	Circolare n. 19 del 10/7/1995			Malattia di Lyme, Encefalite da zecche
COLERA	17 settembre 1994			Linee guida per la prevenzione del colera
PESTE	28 settembre 1994			Linee guida per il controllo della peste
LEGIONELLOSI	Conferenza Stato Regioni 4 aprile 2000			Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi 5 maggio 2000, n. 103
FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI	Lettera circolare dell'11 maggio 1995			Linee guida per la prevenzione e il controllo delle febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa)
VIRUS EBOLA	26 maggio 1995			Aggiornamento linee guida virus Ebola

Attività medico legale [3]

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Certificazioni sanitarie ai dipendenti pubblici assenti dal servizio per motivi di salute	<u>Art. 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»</u> (S.O. alla G.U. del 28 dicembre 1978, n. 360)			1G

[3] Non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, come specificato nell'allegato 2A, le certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute

collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge. Si fornisce di seguito, per completezza, un elenco di tali prestazioni che, sebbene non ricomprese nei LEA ed erogate con onere a carico dell'interessato, costituiscono compito istituzionale delle strutture erogatrici.

Certificazioni di idoneità sanitaria	PROVVEDIMENTO		g.u.
ATTIVITÀ SPORTIVA	Legge 29 febbraio 1980, n. 33 ; ART. 15, 12°C	Conversione in legge, con modificazioni del D.L. 30 dicembre 1969, n. 663 concernente provvedimenti per il finanziamento del servizio sanitario nazionale	29 febbraio 1980, n. 59
	Legge 23 marzo 1981 n. 91	Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti	27 marzo 1981, n. 86
	D.M. 18 febbraio 1982	Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica	5 marzo 1982, n. 63
	D.M. 28 febbraio 1983	Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica	15 marzo 1983, n. 72
	D.M. 13 marzo 1995	Norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti	28 aprile 1995, n. 98
	D.M. 4 marzo 1993	Determinazione dei protocolli per la concessione della idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate	18 marzo 1993, n. 64
RILASCIO DI PORTO D'ARMI	Legge 6 marzo 1987, n. 89	Norme per l'accertamento medico all'idoneità al porto delle armi e per l'utilizzazione di mezzi di segnalazione luminosi per il soccorso alpino	18 marzo 1987, n. 64
	D.M. 4 dicembre 1991 e succ. integrazioni	Determinazione dei requisiti psicofisici per il rilascio del porto d'armi	30 dicembre 1991, n. 304
	Legge 5 luglio 1992, n. 104, art. 23	Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate	SO 17 febbraio 1992, n. 39
	D.M. 28 aprile 1998 e succ. integrazioni ⁽⁵⁾	Requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo della autorizzazione al porto di fucile da caccia e al porto d'armi per uso di difesa personale	22 giugno 1998, n. 143
GUIDA DI VEICOLI	D.M. 8 agosto 1994 e succ. modificazioni	Recepimento della direttiva del consiglio n. 91/439/CEE del 29 luglio 1991 concernente la patente di guida e succ. modifiche	19 agosto 1994, n. 193
	D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 , e succ. mod. art. 119	Nuovo Codice della strada	SO 18 maggio 1992, n. 114
IMBARCAZIONI E NAVI DA DIPORTO	D.P.R. 9 ottobre 1997, n. 431	Regolamento sulla disciplina delle patenti nautiche	17 dicembre 1997, n. 293
ATTIVITÀ DI VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO	Legge 25 marzo 1985, n. 106	Disciplina del volo da diporto o sportivo	1° aprile 1985, n. 78
	D.P.R. 5 agosto 1988, n. 404	Regolamento di attuazione	13 settembre 1988, n. 215
CONDUZIONE DI CALDAIE O GENERATORI DI VAPORI	D.M. 1° marzo 1974	Norme per l'abilitazione alla conduzione di generatori di vapore	16 aprile 1974, n. 99
RILASCIO O RINNOVO LIBRETTO DI IDONEITÀ SANITARIA	D.P.R. 26 marzo 1980, n. 327 art. 37	Regolamento di esecuzione della legge 30 aprile 1962, n. 283 e succ. modificazioni in materia di disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande	16 luglio 1980, n. 193
IMPIEGO GAS TOSSICI	R.D. 9 gennaio 1927, n. 147 e succ. modifiche	Approvazione del regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici e succ. modifiche	1° marzo 1927, n. 49
ESENZIONE USO CINTURE DI SICUREZZA	D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e successive modifiche; art. 172	Nuovo codice della strada	18 maggio 1992, n. 114 S.O.
CONCESSIONE CONTRASSEGNI LIBERA CIRCOLAZIONE PER INVALIDI	D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, art. 381	Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada	28 dicembre 1992, n. 303

Accertamenti medico legali nei confronti di dipendenti pubblici	PROVVEDIMENTO		g.u.
IDONEITÀ FISICA AL SERVIZIO	D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686	Norme di esecuzione del testo unico delle disposizioni sullo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3	8 agosto 1956, n. 198
CESSIONE DEL QUINTO DELLO STIPENDIO	Legge 19 ottobre 1956, n. 1224	Sovvenzioni, contro cessione del quinto della retribuzione, a favore degli iscritti agli istituti di previdenza presso il ministero del tesoro	7 novembre 1956, n. 282
ACCERTAMENTI MEDICO COLLEGIALI RICHIESTI DA AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, art. 129, 130	Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato	25 gennaio 1957, n. 22
(IDONEITÀ FISICA AL SERVIZIO, IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI MANSIONI LAVORATIVE)	D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761	Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali	SO 15 febbraio 1980, n. 45
Idoneità allo svolgimento di particolari mansioni lavorative	PROVVEDIMENTO		g.u.
VACCINAZIONI OBBLIGATORIE	Legge 5 marzo 1963, n. 292	Vaccinazione antitetanica obbligatoria	27 marzo 1963, n. 83
	D.P.R. 7 settembre 1965, n. 1301 (art. 2 comma 4 abrogato dalla legge finanziaria 2001)	Regolamento di esecuzione della legge 5 marzo 1963, n. 292 , concernente la vaccinazione antitetanica obbligatoria	6 giugno 1968, n. 143
TUTELA DELLA MATERNITÀ	D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151	Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell' articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53	SO 26 aprile 2001, n. 96

Assistenza distrettuale

Medicina di base e pediatria di libera scelta

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Educazione sanitaria.	D.Lgs. 30 dicembre	Gli accordi collettivi dei MMG e dei PLS	Gli accordi collettivi	2A
Visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero;	1992, n. 502, art. 8; D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, artt. 31 e 32 ; D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272, artt. 29 e 30	identificano i requisiti degli studi e le modalità di erogazione delle prestazioni. Gli accordi prevedono che per ciascun ambito territoriale può essere iscritto 1 MMG ogni 1000 residenti o frazione di 1000 >500, detratta la popolazione di età 0-14. Per i PLS il rapporto è di 1 PLS ogni 600 residenti o frazione >300 di età 0-6	dei MMG e dei PLS individuano le prestazioni erogabili*.	
Vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali.				
Certificazioni per la riammissione a scuola e l'incapacità temporanea al lavoro, certificazioni idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico.				
Prestazioni previste come aggiuntive negli Accordi collettivi.				
Visite occasionali.				

Continuità assistenziale notturna e festiva	D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 , Capo III.		L'accordo collettivo dei MMG individua le	
Assistenza medica nelle residenze protette e nelle collettività	Secondo disposizioni regionali o aziendali		prestazioni erogabili nell'ambito della continuità assistenziale.	

- Non rientrano, comunque, nei livelli essenziali di assistenza le prestazioni previste soltanto da accordi regionali e/o aziendali.

Emergenza sanitaria territoriale

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		Standard		
Ricezione delle richieste di intervento per emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.	D.P.R. 27 marzo 1992 Intesa Stato-Regioni di approvazione Linee guida 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.	Le Linee guida 1/96 individuano le modalità organizzative del sistema di emergenza.	Le Linee guida 1/96 individuano le funzioni fondamentali delle Centrali operative.	
Assistenza e soccorso di base e avanzato, esterni al presidio ospedaliero, anche in occasione di maxiemergenze, trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate.	D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 , Capo V.		Il contratto collettivo del MMG individua i compiti del medico nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale	

Farmaceutica convenzionata erogata attraverso farmacie territoriali

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati nella classe A); fornitura medicinali non essenziali a parziale carico dell'assistito	Legge 24 dicembre 1983, n. 537 ; art. 8; D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 ; provvedimenti di classificazione CUF; D.L. 18 settembre 2001, n. 347	L'accordo collettivo nazionale con le farmacie pubbliche e private (D.P.R. n. 371 del 1998) disciplina le modalità organizzative dell'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali.	È disponibile l'elenco dei farmaci immessi in commercio con la relativa classificazione CUF.	2C
Fornitura di medicinali classificati in classe C) agli invalidi di guerra	Legge 19 luglio 2000, n. 203 .			
Fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia ma autorizzati in altri Stati ovvero sottoposti a sperimentazione clinica per i quali sono disponibili risultati di studi clinici di fase seconda; medicinali da impiegare per indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata*.	Decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536 , convertito nella legge 23 dicembre 1996, n. 648 . Circolare Ministro sanità 30 agosto 1999, n. 13; Parere della CUF		L'elenco dei farmaci erogabili è periodicamente aggiornato e pubblicato sulla G.U.	2C

- La legge fissa un limite di spesa annua pari a 30 miliardi annui.

Assistenza integrativa

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		standard		
Erogazione di prodotti dietetici a categorie particolari	Decreto-legge 25 gennaio 1982 convertito nella legge 25 marzo 1982, n. 98, art. 1, secondo comma . D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 2 ; D.M. 8 giugno 2001 .		Il D.M. 8 giugno 2001 elenca le categorie degli aventi diritto e, per alcune patologie, i tetti di spesa mensili per l'acquisto dei prodotti. Si prevede l'istituzione di un Registro nazionale dei prodotti. La fornitura di prodotti aproteici ai nefropatici cronici non è prevista dal D.M. e non	2D

			rientra attualmente nei LEA.	
Fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito	D.M. 8 febbraio 1982		Il D.M. elenca i presidi concedibili ai diabetici.	

Assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		standard		
Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale	Legge 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, comma 9; D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124; D.M. 22 luglio 1996 e succ. mod.	Il D.M. 22 luglio 1996 e la Nota del 1° aprile 1997 «Prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22 luglio 1996 » indicano i requisiti dei servizi abilitati a fornire alcune prestazioni	Il D.M. 22 luglio 1996 elenca le prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dal Ssn. Sono esclusi dal livello di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.	2E
		Decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382 , convertito nella legge 25 gennaio 1990, n. 8; D.M. 20 ottobre 1998	Per la medicina fisica e riabilitazione sono previste particolari modalità prescrittive.	
	D.M. 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. D.M. 18 maggio 2001, n. 279	Il D.M. n. 279 del 2001 indica i criteri per l'istituzione della Rete nazionale per le malattie rare.	Il D.M. n. 329 del 1999 e il D.M. n. 279 del 2001 individuano le prestazioni in esenzione per gli affetti da malattie croniche e rare.	
	D.M. 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. D.M. 18 maggio 2001, n. 279	Il D.M. n. 279 del 2001 indica i criteri per l'istituzione della Rete nazionale per le malattie rare.	Il D.M. n. 329 del 1999 e il D.M. n. 279 del 2001 individuano le prestazioni in esenzione per gli affetti da malattie croniche e rare.	
	D.M. 10 settembre 1998		Elenca le prestazioni specialistiche a tutela della maternità escluse da partecipazione al costo	
	Legge 23 dicembre 2000, n. 388		Elenca le prestazioni di diagnosi precoce dei tumori escluse dalla partecipazione al costo	

Assistenza protesica

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		standard		
Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici ai disabili	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, artt. 26 e 57; Legge 29 dicembre 1990, n. 407, art. 5; Legge 5 febbraio 1992, n. 104, artt. 7 e 34; D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 2			2F
	D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8-sexies; legge 21 maggio 1998, n. 162; D.M. 27 agosto 1999, n. 332; D.M. 21 maggio 2001, n. 321		Il D.M. n. 332 del 1999 elenca le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici concedibili.	
	Legge 8 novembre 2000, n. 320, art. 14			

Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		Standard		
Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP), compresa l'assistenza infermieristica distrettuale	D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 , all. G e H		L'accordo collettivo MMG individua le prestazioni erogabili. Non si rinviene una specifica fonte per	2G

			l'assistenza infermieristica distrettuale	
Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio; adempimenti per affidamenti ed adozioni	Legge 29 luglio 1975, n. 405 ; Legge 22 maggio 1978, n. 194 ; D.M. 24 aprile 2000 «P.O. materno infantile»; D.P.C.M. 14 febbraio 2001 ; D.L. 1° dicembre 1995 , convertito nella legge 31 gennaio 1996, n. 34	Il P.O. individua modalità organizzative nell'ambito del «percorso nascita», trasporto materno e neonatale, assistenza ospedaliera (compresa urgenza ed emergenza) ai bambini, riabilitazione, tutela salute della donna. Lo stesso P.O. individua requisiti organizzativi e standard di qualità delle U.O. di ostetricia e neonatologia ospedaliera, inclusa la dotazione di personale. La legge n. 34 del 1996 prevede 1 C.F. ogni 20 mila abitanti	Le prestazioni erogabili sono diffusamente elencate nel P.O: materno infantile e nel D.P.C.M. 14 febbraio 2001 .	2G
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie.	D.P.R. 10 novembre 1999 P.O. Tutela della salute mentale; D.P.C.M. 14 febbraio 2001	Il P.O. individua modalità di organizzazione dei servizi, prevedendo che il DSM sia istituito in ogni azienda; qualora sia articolato in moduli, ogni modulo serve un ambito territoriale con un bacino d'utenza non superiore a 150 mila abitanti. Il DSM ha un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti. Ogni SPDC ha un numero di P.L. non superiore a 16; il totale dei P.L. è tendenzialmente pari per 10 mila ab.	Il P.O. Tutela della salute mentale descrive diffusamente le prestazioni ambulatoriale e domiciliari dei servizi	2G
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool	D.P.R. 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti).	L'accordo 21 gennaio 1999 formula «calde raccomandazioni» circa l'organizzazione dei servizi	L'accordo 21 gennaio 1999 individua le specifiche prestazioni delle unità operative specializzate nel settore delle t.d.	2G
(compresi i td. detenuti o internati) e/o delle famiglie.	Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato-Regioni per la «Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti». Legge 30 marzo 2001, n. 125 ; Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni «Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti»; D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 230;	Il provvedimento 5 agosto 1999 individua i requisiti delle strutture e del personale impiegato	Il provvedimento 5 agosto 1999 individua le specifiche prestazioni erogate dai servizi privati	2G
	D.M. 21 aprile 2000 «P.O. Tutela salute in ambito penitenziario»; D.P.C.M. 14 febbraio 2001			
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26 ; D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3 Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione; D.P.C.M. 1° dicembre 2000 ; D.P.C.M. 14 febbraio 2001	Le linee guida del 1998 definiscono e descrivono le caratteristiche e le funzioni dei centri ambulatoriali di riabilitazione (distinguendole da quelle dei presidi ambulatoriali - che operano ex D.M. 22 luglio	Le prestazioni erogabili sono solo genericamente descritte nelle linee guida del 1998	2G

		1996). L'inserimento nei programmi è subordinato alla formulazione di un programma terapeutico globale.		
Soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione.				
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	<u>D.L. 28 dicembre 1998, n. 450</u> conv. Nella <u>legge 26 febbraio 1999, n. 39</u> ; <u>D.M. 28 settembre 1999</u> ; <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>		La definizione dei protocolli operativi è demandata dal D.M. alle regioni e P.A.	2G
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV	<u>Legge 5 giugno 1990, n. 135</u> ; <u>D.P.R. 8 marzo 2000</u> «P.O. AIDS»; <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>	Il P.O. descrive le caratteristiche dei servizi inseriti nella rete assistenziale.	Le prestazioni erogabili sono solo genericamente descritte nel P.O.	2G

Assistenza territoriale e semiresidenziale e residenziale

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		Standard		
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie.	<u>D.P.R. 10 novembre 1999</u> «P.O. Tutela della salute mentale»	In base al P.O., ogni struttura residenziale non ha più di 20 p.l. con una dotazione complessiva di 1 p.l. per 10 mila ab.	Le prestazioni erogabili sono solo genericamente descritte dal P.O.	2H
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.	<u>Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26</u> ; <u>D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3</u> ; Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione <u>D.M. 21 maggio 2001</u>	Le linee guida del 1998 definiscono e descrivono le caratteristiche e le funzioni dei presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo	Le prestazioni erogabili sono solo genericamente descritte nelle Linee guida del 1998.	2H
	<u>D.P.C.M. 1° dicembre 2000</u>	diurno o continuativo e delle RSA per disabili.		
Soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione		Il <u>D.M. 21 maggio 2001</u> fissa i requisiti minimi delle strutture alternative alla famiglia		
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e dal alcool (compresi i td. detenuti o internati)	D.P.R. 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti). Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato-Regioni per la «Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti». <u>Legge 30 marzo 2001, n. 125</u> ; <u>Provvedimento 5 agosto 1999</u> - Intesa Stato-Regioni «Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti» <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>	Il provvedimento individua le specifiche prestazioni erogate dai servizi privati, i requisiti delle strutture e del personale impiegato	Le prestazioni erogabili sono genericamente descritte nell'accordo Stato-Regioni	2H
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani in relazione al livello di non autosufficienza (RSA per non autosufficienti) ⁽⁶⁾	<u>Legge 11 marzo 1988, n. 67</u> ; «P.O. anziani»-1991; Linee guida sulle RSA 31 marzo 1994; <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u> ; <u>D.M. 21 maggio 2001</u>	Il <u>D.M. 21 maggio 2001</u> fissa i requisiti minimi delle strutture alternative alla famiglia	Le prestazioni erogabili sono genericamente descritte nel P.O. anziani	2H
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV	<u>Legge 5 giugno 1990, n. 135</u> ; <u>D.P.R. 8 marzo 2000</u> «P.O. AIDS» <u>D.M. 21 maggio 2001</u>	Il <u>D.M. 21 maggio 2001</u> fissa i requisiti minimi delle strutture alternative alla famiglia	Le prestazioni erogabili sono genericamente descritte nel P.O.	2H

Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	D.L. 28 dicembre 1998, n. 450 conv. Legge 26 febbraio 1999, n. 39 ; D.M. 28 settembre 1999 D.P.C.M. 14 febbraio 2001		La definizione dei protocolli operativi è demandata alle regioni.	2H
--	--	--	---	----

Cure termali

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		standard		
Cicli di prestazioni idrotermali	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 36 ; Legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 16 ; D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3 ; Legge 24 ottobre 2000, n. 323 ; D.M. 15 aprile 1994 ; D.M. 15 dicembre 1994 ; D.M. 22 marzo 2001 .		I cicli di prestazioni erogabili sono individuati nel D.M. 15 aprile 1994 ; possono fruirlne solo i soggetti affetti dalle patologie indicate dal D.M. 15 dicembre 1994 . Gli assicurati INPS e INAIL godono di prestazioni ulteriori rispetto agli altri assistiti.	2I
			Con D.M. 22 marzo 2001 è stato temporaneamente confermato l'elenco delle patologie già previsto dal D.M. 15 aprile 1994 per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Ssn	

Assistenza ospedaliera

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e	Liste di prestazioni	Rif.
		standard		
Pronto soccorso	D.P.R. 27 marzo 1992 ; Intesa Stato-Regioni di approvazione Linee guida 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.			3A
Trattamenti erogati nel corso	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art.		Non risultano disciplinate in atti	3B
di ricovero ospedaliero in regime ordinario, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie	25 Decreto-legge 17 maggio 1996, n. 280 , convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382, art. 1, comma 2 -ter ;	Tasso di spediizzazione 160 per mille	normativi le prestazioni che costituiscono il livello di assistenza se non, in alcuni casi, in negativo (es. chirurgia estetica - P.S.N. 1998-2000).	3F 3G
	Legge 23 dicembre 1996, n. 662 ;		Il trattamento ospedaliero include, comunque, la somministrazione di farmaci (anche di classe C) e la diagnostica strumentale e di laboratorio (anche non inclusa nel D.M. 22 luglio 1996). Peraltro, la somministrazione di alcuni farmaci e alcune prestazioni specialistiche sono eseguibili solo in ambito ospedaliero.	
	Decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 .	Tasso di occupazione minimo 75% Dotazione media 5 posti letto per 1000 ab. Di cui l'1 per 1000 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.		
Ricovero diurno (day hospital e day surgery):	D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3 ; D.P.R. 20 ottobre 1992	Dotazione media regionale non inferiore al 10% dei posti letto della dotazione standard per acuti.	L'atto di indirizzo (DPR) fornisce la definizione dell'attività di day-hospital	3C 3D
Interventi ospedalieri a domicilio	P.O. Anziani 1991; D.P.R. 8 marzo 2000 «P.O. AIDS» Provvedimento 8 marzo 2001 Accordo Stato-Regioni sulle Linee guida in oncologia			3E

Raccolta, lavorazione controllo e distribuzione di emocomponenti e servizi trasfusionali	Legge 4 maggio 1990, n. 107 ; D.M. 1° marzo 2000 «Piano nazionale sangue e plasma»			3H
Prelievo, conservazione e distribuzione di organi e tessuti; trapianto di organi e tessuti	Legge 1° aprile 1999, n. 91			3I
Attività ospedaliera di emergenza/urgenza	D.P.R. 27 marzo 1992 ; Intesa Stato-Regioni di approvazione Linee guida 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.			

Assistenza a categorie particolari

Invalidi

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Prestazioni sanitarie già previste dai relativi ordinamenti prima della L. n. 833 del 1978	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 57		Gli invalidi di guerra e per servizio hanno diritto a particolari prestazioni protesiche, cure climatiche e soggiorni terapeutici e a due cicli di cure termali, elencate nel Regolamento ex ONIG.	2F 2I

Soggetti affetti da malattie rare

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Prestazioni di assistenza sanitaria finalizzate alla diagnosi, al trattamento ed al monitoraggio della malattia ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti	D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124 ; D.M. 18 maggio 2001, n. 279	È istituita la Rete dei presidi competenti per le malattie rare ed individuati i centri di riferimento interregionali	Il decreto n. 279 del 2001 fa riferimento a tutte le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza.	2 e 3

Soggetti affetti da fibrosi cistica

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per la cura e la riabilitazione a domicilio, compresi i supplementi nutrizionali	L. 23 dicembre 1993, n. 548, art. 3.	Sono istituiti Centri di riferimento specialistici	Le prestazioni sono indicate dall'art. 3 della legge.	2

Soggetti affetti da diabete mellito

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Fornitura gratuita di presidi diagnostici e terapeutici	Legge 16 marzo 1987, n. 115, art. 3.	Sono istituiti Centri e Servizi di diabetologia	La legge fa riferimento ai «presidi sanitari ritenuti idonei».	2

Soggetti affetti da Morbo di Hansen

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici (anche non in commercio in Italia). Spese di viaggio per	Legge 31 marzo 1980, n. 126, art. 1; Provvedimento Conferenza Stato Regioni 18.6.99 Linee guida per il controllo del	Sono istituiti Centri di riferimento territoriali e nazionali	La legge indica gli accertamenti ed i trattamenti profilattici e terapeutici, inclusi i farmaci specifici non ancora compresi	2 3

l'esecuzione del trattamento profilattico e terapeutico.	Morbo Hansen in Italia.		nel prontuario terapeutico.	
--	-------------------------	--	-----------------------------	--

Soggetti residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Assistenza sanitaria autorizzata.	<u>L. 23 ottobre 1985, n. 595</u> «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale 1986-88» art. 3, comma 5 (G.U. n. 260 del 5 novembre 1985); <u>D.M. 3 novembre 1989</u> «Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero» (G.U. n. 273 del 22 novembre 1989); <u>D.M. 24 gennaio 1990</u> «Identificazione delle classi di patologie e delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero (G.U. n. 27 del 2 febbraio 1990).			3

Stranieri extracomunitari non iscritti al Ssn

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Interventi di medicina preventiva, tutela della gravidanza, tutela della salute dei minori, vaccinazioni, profilassi internazionale, prevenzione diagnosi e cura delle malattie infettive.	<u>D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286</u> (T.U.), art. 35.		Le prestazioni sono indicate dall'art. 35 del T.U.	1 2 3

1.C AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

Livello di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>	Normativa di riferimento
7. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare					
	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta; b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio;		Assistenza domiciliare integrata	<u>L. n. 833 del 1978 art. 25</u> P.O. Anziani

		d) prestazioni riabilitative a domicilio;			
		e) Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [cfr. % colonna a fianco];	50%		
		f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa;			
	Assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza.	a) prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori alla coppia e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive ed affidatarie).		1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative	L. n. 405 del 1975
				2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche.	L. n. 194 del 1978
				3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni.	
				4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali
		Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed			L. n. 66 del 1966
		adolescenti			L. n. 269 del 1998
					D.M. 24 aprile 2000 «P.O. Materno Infantile»
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socioriabilitative presso il domicilio		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale e domiciliare	D.P.R. 10 novembre 1999 «P.O. tutela della salute mentale 1998/2000»
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da	D.P.R. n. 309 del 1990
	favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie	riabilitative ivi compreso quelle erogate durante il periodo della disassuefazione;		droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale e domiciliare	L. n. 45 del 1999 Accordo Stato-Regioni

		b) i programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.			21.1.1999
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici psichici e sensoriali	a) prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socio-riabilitative presso il domicilio;		1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali e assistenza protesica.	L. n. 833 del 1978 art. 26 Provv. 7 maggio 1978 «Linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione»
		b) assistenza protesica.		2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di	L. n. 104 del 1992
				riabilitazione, in regime domiciliare	L. n. 162 del 1998 Leggi regionali*
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di malati terminali	a) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare	L. n. 39 del 1999
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a	a) Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e			L. n. 135 del 1990
	persone con infezione da HIV ⁽⁷⁾	domiciliare			D.P.R. 8 marzo 2000 «P.O. AIDS»
8. Assistenza territoriale semi-residenziale					
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semi-residenziale		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo semi-residenziale	D.P.R. 10 novembre 1999 «P.O. tutela della salute mentale 1998/2000»
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi	a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative, in regime semiresidenziale.		1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti	L. n. 833 del 1978, art. 26 Provv. 7 maggio 1978:
	riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semi-residenziale per disabili gravi [cfr. % colonna a fianco]	30%	da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali in regime semi-residenziale.	linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione
				2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, in regime semi-residenziale, compresi gli interventi	
		- rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata		Di sollievo alla famiglia	L. n. 104 del 1992; L. n. 162 del 1998 Leggi regionali

		specializzazione;			
		d) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.			
	Attività sanitaria e socio-osanitaria a favore di tossicodipendenti	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime semi-residenziale;		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime semi-residenziale, di	D.P.R. n. 309 del 1990 ; L. n. 45 del 1999 Accordo Stato-
		b) programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		riabilitazione e reinserimento sociale	Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di	a) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non	50%	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994
	programmi riabilitativi a favore	autosufficienti in regime semi-residenziale, ivi compresi		a domicilio, tramite servizi a ciclo diurno, compresi	L. n. 67 del 1988
	di anziani	interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]		interventi e servizi di sollievo	L. n. 451 del 1998
					D.Lgs. n. 229 del 1999
					D.P.R. 23 luglio 1998 «Piano Sanitario 1998/2000» Leggi e Piani regionali*
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e			L. n. 135 del 1990
	favore di persone con infezione da HIV ⁽⁸⁾	socio-riabilitative in regime semiresidenziale			D.P.R. 8 marzo 2000 «P.O. aids»
9. Assistenza territoriale residenziale					
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale		1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo residenziale	D.P.R. 10 novembre 1999 «P.O. tutela della salute mentale 1998/2000»
		b) prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale [cfr. % colonna a fianco]	60%	2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento sociale e lavorativo.	

	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici,	a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale ivi compresi i soggetti con responsabilità minimale;		1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e	L. n. 833 del 1978, art. 26 Prov. 7 maggio 1978 «Linee guida del Min.
	psichici e sensoriali	b) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse		tramite prestazioni residenziali.	Sanità per le attività di riabilitazione»
		neuropsichiatrico;		2. Tutela del disabile	L. n. 104 del
		c) prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per:		attraverso prestazioni di riabilitazione in regime residenziale, compresi gli	1992 L. n. 162 del 1998 Leggi Regionali*
		- disabili gravi [cfr. % colonna a fianco];	30%	interventi di sollievo alla famiglia	D.P.C.M. 1° dicembre 2000
		- disabili privi di sostegno familiare [cfr. % colonna a fianco];	60%		D.M. 21 maggio 2001
		d) rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione.			
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime residenziale per tutto il periodo della disassuefazione;		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime residenziale, di riabilitazione e	D.P.R. n. 309 del 1990 L. n. 45 del 1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999
		b) programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		reinserimento sociale	
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di	a) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva		Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994
	programmi riabilitativi a favore	ed estensiva;		a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo	L. n. 67 del 1988
	di anziani	b) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento		continuativo, compresi interventi e servizi di	L. n. 451 del 1998
		funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime		sollievo	D.Lgs. n. 229 del 1999
		residenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]	50%		D.P.R. 23 luglio 1998 «Piano Sanitario 1998/2000» Leggi e Piani regionali*
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di persone con infezione da HIV ⁽⁹⁾	a) Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza	30%	Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture	L. n. 135 del 1990 D.P.R. 8 marzo 2000 «P.O. AIDS»

		in regime residenziale		residenziali	
	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di malati terminali	a) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale	L. n. 39 del 1999
11. Assistenza penitenziaria					
	Assistenza sanitaria e socio-sanitaria a favore dei detenuti	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socio-riabilitative per le dipendenze e disturbi mentali			

Nota: * Trattasi di leggi regionali relative alle modalità organizzative dei servizi e di erogazione delle prestazioni, che non individuano livelli ulteriori di assistenza rispetto alla normativa nazionale.

Allegato 2

Allegato 2A

Prestazioni totalmente escluse dai LEA:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche-fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, con esclusione delle:
 - 1) certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale ai sensi dell'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000 e dal pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 29 del decreto del Presidente della Repubblica n. 272 del 2000;
 - 2) certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche;
 - 3) certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184;
 - 4) certificazioni di idoneità al servizio civile fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77 (10);
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B.

Allegato 2B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.Lgs.30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

b) densitometria ossea, ad intervalli di tempo non inferiori a diciotto mesi, limitatamente ai soggetti che presentino i fattori di rischio indicati nell'allegato 2Bb (11).

c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f).

d) prestazioni di chirurgia refrattiva, limitatamente ai soggetti che presentino le condizioni indicate nell'allegato 2Bd (12).

Allegato 2Bb (13)

FATTORI DI RISCHIO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI DENSITOMETRIA OSSEA

L'indagine densitometrica è indicata in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio maggiori:

1. Per soggetti di ogni età di sesso femminile e maschile:

a) precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali;

b) riscontro radiologico di osteoporosi;

c) terapie croniche (attuate o previste):

- cortico-steroidi sistemici (per più di tre mesi a posologie \geq 5 mg/die di equivalente prednisonico);

- levotiroxina (a dosi soppressive);

- antiepilettici;

- anticoagulanti (eparina);

- immunosoppressori;

- antiretrovirali;

- sali di litio;

- agonisti del GnRH;

- chemioterapia in età pediatrica (1);

- radioterapia in età pediatrica (2);

(1) La chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori.

(2) La Radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori.

d) patologie a rischio di osteoporosi:

- malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1);

- rachitismi/osteomalacia;

- sindromi da denutrizione, compresa l'anoressia nervosa e le sindromi correlate;

celiachia e sindromi da malassorbimento;

- malattie infiammatorie intestinali croniche severe;

- epatopatie croniche colestatiche;

- fibrosi cistica;

- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica;

- emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi);

- artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche;

- patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico;

- trapianto d'organo;

- allettamento e immobilizzazioni prolungate (> tre mesi);

- paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

2. Limitatamente a donne in menopausa:

a) anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni;

b) menopausa prima di 45 anni;

c) magrezza: indice di massa corporea < 19 kg/m².

L'indagine densitometrica è, inoltre, indicata in presenza di:

3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa:

1. età superiore a 65 anni;

2. anamnesi familiare per severa osteoporosi;

3. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale;

4. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mmg/die);

5. fumo > 20 sigarette/die;

6. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool).

3 o più fattori di rischio minori per gli uomini di età superiore a 60 anni:

1. anamnesi familiare per severa osteoporosi;
2. magrezza (indice di massa corporea a 19 Kg/m²);
3. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mmg/die);
4. fumo >20 sigarette/die;
5. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool).

Allegato 2Bd (14)

CONDIZIONI PER L'EROGAZIONE DELLA CHIRURGIA REFRATTIVA

Le prestazioni di chirurgia refrattiva sono incluse nei LEA, in regime ambulatoriale e limitatamente a:

1) anisometropia sup. a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale;

2) astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie;

3) ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi;

4) PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva;

5) esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, dovrà essere rilasciata da una struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, costituita ai sensi dell'art. 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito con modificazioni nella legge 15 giugno 2002, n. 112, «per le attività di valutazione, in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute», ha approvato nel corso dell'anno 2005 numerosi documenti contenenti proposte di modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli essenziali di assistenza. Il presente provvedimento recepisce le suddette proposte riguardanti, in particolare:

la precisazione che l'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore degli anziani deve essere commisurata al loro livello di non autosufficienza (art. 2, art. 3);

l'esplicitazione dell'inclusione nei Lea dell'attività di ricerca presso Registri e Banche italiani ed esteri delle cellule staminali emopoietiche, midollari o cordonali, per finalità di trapianto (art. 2);

la definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni incluse nell'allegato 2B del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (densitometria ossea e chirurgia refrattiva); tale intervento, oltre a garantire l'appropriatezza prescrittiva delle due prestazioni, rende uniformi sull'intero territorio nazionale le modalità di erogazione delle stesse, eliminando le disomogeneità presenti, fino ad oggi, nelle discipline adottate dalle diverse regioni

(art. 4);

il recepimento delle modifiche all'elenco dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, (allegato 2C), introdotte dalle nuove versioni della Classificazioni ICD-9-CM e del sistema DRG, in uso nel Servizio sanitario nazionale dal 1° gennaio 2006 (art. 5);

l'esplicitazione dell'inclusione nei Lea di alcune prestazioni di assistenza protesica relative alla manutenzione, riparazione o sostituzione della componente esterna delle protesi cocleari impiantate a soggetti affetti da sordità profonda, peraltro già garantite dalla maggior parte delle regioni; l'erogazione è disciplinata nell'ambito dell'assistenza protesica di cui al decreto ministeriale n. 332 del 1999.

Sotto il profilo economico-finanziario, lo schema che si propone non comporta un incremento degli oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, atteso che le eventuali maggiori spese correlate alle disposizioni di cui all'art. 6 sono ampiamente compensate dalle minori spese conseguenti alla riduzione della platea dei beneficiari delle prestazioni di cui all'allegato 2B ottenuta con la definizione di condizioni di accesso più restrittive delle attuali.

Allegato 2C

Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione:

Possono essere definiti «inappropriati» i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Si riporta di seguito un elenco di DRG «ad alto rischio di inappropriatazza» se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

Elenco DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria

006	Decompressione tunnel carpale
019	Malattie dei nervi cranici e periferici
025	Convulsioni e cefalea
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
041	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
119	Legatura e stripping di vene
131	Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
133	Aterosclerosi no CC (eccetto urgenze)
134	Ipertensione (eccetto urgenze)
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)
158	Interventi su ano e stoma
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 no CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
163	Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
187	Estrazione e riparazione dentaria
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
222	[Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)] ⁽¹⁵⁾
232	Artroscopia
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)

267	Interventi perianali e pilonidali
270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 no CC (eccetto urgenze)
282	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 (eccetto urgenze)
283	Malattie minori della pelle con CC
284	Malattie minori della pelle no CC
294	Diabete età >35 (eccetto urgenze)
301	Malattie endocrine no CC
324	Calcolosi urinaria no CC (eccetto urgenze)
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC (eccetto urgenze)
364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
395	Anomalie dei globuli rossi età >17 (eccetto urgenze)
426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione ⁽¹⁶⁾

Allegato 3

Indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate.

a) Prestazioni di ricovero e cura ospedaliere

Nell'affrontare il tema della rimodulazione dell'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera, è necessario tenere conto che la fisionomia di ospedale nell'attuale scenario sta profondamente mutando. Da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, a organizzazione ad alto livello tecnologico deputata (e capace) di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale specifica caratterizzazione del ruolo dell'ospedale nel complesso della rete assistenziale sanitaria tuttavia non è automaticamente associabile ad una lista negativa di prestazioni da non erogare nel suo ambito, bensì è sollecitativa di coerenti programmi di riassetto strutturale e qualificazione tecnologica, di concorrenti programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché di incisivi programmi per l'incremento del grado di appropriatezza rispetto al quale:

- va rilanciata la indicazione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri;

- va sollecitata una dimensione di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;

- va sviluppata, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, quello che è stato definito lo spazio del «governo clinico»;

- va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;

- va ulteriormente implementato il sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità, in grado di generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza. Si allega a riguardo una proposta di «Indicatori di livello ospedaliero». (Allegato n. 3.1).

b) prestazioni di assistenza specialistica

La elencazione, nel nomenclatore tariffario, delle prestazioni erogabili, definite sulla base

dei principi generali richiamati dal comma 2 dell'articolo 1 del D.Lgs. n. 502 del 2000, e la specificazione delle condizioni di erogabilità non risolve a priori tutte le problematiche di un utilizzo appropriato di tali prestazioni. Pertanto anche in questo settore vanno realizzati coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza, nonché di qualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali. In particolare:

- va sviluppata la definizione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale;
- vanno rilanciati i programmi di aggiornamento e formazione,
- va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- va sviluppato il sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza.

c) l'assistenza farmaceutica

L'impianto delle decisioni, concordate in sede di accordo dell'8 agosto 2001 e successivamente recepite dall'articolo 6 commi 1 e 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, nel prevedere un maggiore potere di regolazione da parte delle regioni delle modalità con cui viene assicurata l'assistenza farmaceutica territoriale, ha affidato alle stesse anche una facoltà di modulazione della erogazione individuando una fascia di farmaci, preventivamente selezionati dalla CUF, rispetto ai quali le regioni stesse potranno decidere misure di co-payment in relazione all'andamento della spesa.

- L'insieme delle misure attivabili per il contenimento e la qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale può comportare un quadro di rilevante difformità dei profili erogativi assicurati ai cittadini, rispetto al quale si ritiene necessario che le Regioni tra loro concordino modalità omogenee di applicazione della citata normativa di cui all'articolo 6 commi 1 e 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347.

d) integrazione socio-sanitaria, per la quale la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza, anche in relazione all'ipotesi di utilizzo di Fondi Integrativi.

Va ricordato che questa specifica area erogativa merita una trattazione specifica, ad integrazione di quanto in via generale già chiarito ai punti precedenti, per il rilievo che assume, all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, al fine di assicurare le prestazioni necessarie per la diagnosi, la cura (compresa l'assistenza farmacologica) e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita e in modo particolare nell'infanzia e nella vecchiaia.

Il riferimento fondamentale, sul piano normativo, è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

L'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.

Risultano inoltre determinanti:

1. l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;
2. le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
3. una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

Sul primo punto va ricordato quanto già indicato dalle innovazioni introdotte dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni in materia di autorizzazione ed

accreditamento delle strutture socio-sanitarie e, per le strutture socio assistenziali, dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché, per quanto attiene l'organizzazione dei servizi a rete, dai diversi progetti obiettivo.

e) assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate

Per i livelli di assistenza di cui all'allegato 1, vanno garantite le specifiche esigenze di assistenza sanitaria delle popolazioni delle isole minori e delle altre comunità isolate.

Allegato 3.1

Indicatori livello ospedaliero

Organizzativa

Indicatore	Sottolivello esaminato	Significato e utilità	Fattibilità
% di pazienti ospedalizzati dal Pronto soccorso rispetto al totale degli accessi in PS	Medicina primaria e pronto soccorso	Limitare il ricorso improprio alle cure di PS; aumentare le capacità di filtro del PS verso i ricoveri	Informazioni disponibili; indicatore da sottoporre a verifica.
Incidenza ricoveri medici da PS e dimessi con degenza di 0-3gg	Ricovero ordinario e Pronto soccorso	Aumentare le capacità di filtro del PS verso i ricoveri; aumentare la quota di attività programmata	Dati non disponibili
Tassi di ospedalizzazione generali e standardizzati per età*	Ricovero ordinario	Limitare l'eccessivo ricorso alle cure ospedaliere e favorire lo sviluppo di alternative	Immediata
% di giornate di degenza inappropriate	Ricovero ordinario e day hospital	Ridurre, indipendentemente dalle diagnosi, il consumo di giornate inutili di ricovero	Dati non disponibili a livello nazionale - sperimentazione in corso in alcune regioni
% di «day surgery» + «one day surgery» per interventi di cataratta, stripping delle vene, tunnel carpale, ecc.	Day hospital	Limitare il ricorso improprio al ricovero ordinario (elenco estendibile in base alle proposte della Commissione per la Day Surgery)	Immediata
Giornate di DH rispetto a quelle di ricovero ordinario	DH	Favorire lo sviluppo del DH	Immediata
% di giornate di DH medico (escluse chemioterapie) rispetto a quelle di ricovero ordinario	Day hospital	Ridurre il ricorso a day hospital di tipo diagnostico (i DH terapeutici sono però appropriati)	Dati disponibili
% di ricoveri brevi*	Ricovero ordinario, DH assistenza extraospedaliera	Ridurre l'occupazione impropria di reparti ordinari	Immediata
% di ricoveri di degenza prolungata per determinate diagnosi (es. fratture)	Ricovero ordinario, assistenza residenziale	Limitare il protrarsi di cure acute e favorire lo sviluppo di alternative non ospedaliere	Dati disponibili
Degenza media pre-operatoria	Ricovero ordinario - sale operatorie	Ridurre l'utilizzo improprio dei reparti in relazione alle capacità delle sale operatorie	Immediata
Degenza media grezza e corretta per il case-mix	Ricovero ordinario	Ridurre l'utilizzo improprio dei reparti	Immediata
% di ricoveri di 0-1 giorno medici sul totale dei ricoveri medici	Ricovero ordinario	Ridurre l'occupazione impropria di reparti ordinari	
% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici*	Sale operatorie e reparti chirurgici	Favorire il miglior uso dei reparti chirurgici	Immediata
% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >65 anni rispetto al tot. casi medici per paz. > 65 anni	Ricovero ordinario	Ridurre il ricorso improprio al ricovero ordinario come alternativa a regimi a più bassa intensità assistenziale	Dati disponibili
Peso medio dei ricoveri di pazienti anziani*	Ricovero ordinario e assistenza extraospedaliera	Ridurre il ricorso al ricovero per condizioni semplici e trattabili in ambito extraospedaliero	Dati disponibili

Clinica

Indicatore	Sottolivello esaminato	Significato e utilità	Fattibilità
% di parti cesarei*		Limitazione dell'inappropriata indicazione ad un intervento chirurgico	Immediata
Tassi di ospedalizzazione per interventi chirurgici ove esista o si possa stabilire uno standard di appropriatezza (es. tonsillectomie, colecistectomie, ernioplastica in et pediatrica, ecc.)		Limitare il ricorso ad interventi chirurgici non necessari, rispetto ad altre modalità di cura	Immediata
% di prostatectomia TURP rispetto alla via laparotomia		Limitazione dell'inappropriata indicazione ad una tecnica superata (per via laparotomica)	Dati disponibili
% di orchidopessi in bambini di età inferiore ai 5 anni		Verificare il ricorso all'intervento nell'età considerata appropriata	Dati disponibili
Numero di rientri entro 30 gg dalla dimissione		Ridurre l'inappropriatezza delle dimissioni precoci	Dati disponibili a partire dal 2001

Indicatori livello Ospedaliero - Possibile quadro organico

Ai fini della integrazione in un quadro organico del set iniziale degli indicatori e come semplice ipotesi di lavoro, può essere ragionevole adottare una duplice prospettiva:

- La prospettiva «per territorio», che partendo dal macro indicatore del tasso di ospedalizzazione, procede per scomposizioni successive ad identificare nelle diverse tipologie di ricovero le componenti più a rischio di inappropriatezza (indicatori rapportati alla popolazione).
- La prospettiva «per struttura», che analizza invece il fenomeno dal punto di vista delle strutture erogatrici (indicatori rapportati al totale dei ricoveri).

Prospettiva «per territorio»

Lo schema sotto riportato consente di scomporre il tasso di ospedalizzazione per zoom successivi ai fini di identificare le singole componenti a maggior rischio di inappropriatezza (evidenziate con sottolineatura). Tale elaborazione può essere effettuata ad esempio a livello aggregato regionale.

Il vantaggio di tale schema è che, una volta identificate la distribuzione sul territorio nazionale ed i valori obiettivo di ogni indicatore «soglia», è possibile «sommare» gli scostamenti per ogni regione, al fine di ottenere anche una misura macro di inappropriatezza complessiva.

Lo schema può ovviamente essere adottato dapprima a livello sperimentale e poi perfezionato nel tempo.

- Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti)
 - Acuti
 - Degenza ordinaria
 - Ricoveri medici
 - Ricoveri «brevi» medici
 - Ricoveri di 1 giorno medici
 - Ricoveri di 2-3 giorni medici
 - Ricoveri oltre soglia medici
 - Altri ricoveri medici
 - Ricoveri chirurgici
 - Ricoveri chirurgici per interventi ove si possa definire uno standard di appropriatezza
 - Tonsillectomia
 - Isterectomia (tasso per 100.000 donne; tasso per donne oltre 49 anni)
 - Appendicectomia
 - Ernioplastica pediatrica (tasso per 100.000 bambini < 14 anni)
 - Prostatectomia (tasso per 100.000 uomini; tasso per uomini oltre 49 anni)
 - Parti cesarei (tasso per 100 parti)
 - Altri ricoveri chirurgici
 - Day hospital
 - Dh medico escluso chemioterapie

- Dh chemioterapie
- Dh chirurgico
- Riabilitazione
- Degenza ordinaria
- Day hospital
- Lungodegenza
- Prospettiva «per struttura»
- RICOVERI
- Ordinari
- In reparti medici
- Medici
- Brevi (0-3 gg)
- 0-1 giorno
- 2-3 giorni
- Oltre soglia
- Altri
- Chirurgici
- In reparti chirurgici
- Medici
- Brevi (0-3 g g)
- 0-1 giorno
- 2-3 giorni
- Oltre soglia
- Altri
- Chirurgici
- 0-1 giorno
- > = 2 giorni
- Per interventi trattabili in day surgery
- Per altri interventi
- Day hospital
- Medici
- Non chemioterapie
- Chemioterapie
- Chirurgici

Allegato 4

Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di LEA

Con l'accordo dell'8 agosto 2001 le Regioni si sono impegnate a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, ai sensi del successivo punto 2 dello stesso accordo. In ogni caso, si sono impegnate ad adottare tutte le iniziative possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

L'erogazione e il mantenimento dei LEA in tutto il territorio nazionale richiede, accanto alla esplicita definizione degli stessi ed alla attivazione del sistema di monitoraggio e garanzia previsto dalla normativa vigente, la precisazione del ruolo della programmazione regionale, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie previste.

Sul piano normativo, al riguardo, occorre ricordare in particolare:

- l'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni richiama l'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.

- art. 85 comma 9 della legge n. 388 del 2000.

- gli articoli 4 (comma 3) e 6 (commi 1 e 2) del decreto legge n. 347 del 2001.

Tali norme definiscono gli àmbiti di azione regionale in questa materia.

In questa direzione si rileva la necessità di disporre di una metodologia omogenea nell'applicazione della normativa che, secondo quanto sopra richiamato, sollecita le Regioni a realizzare l'equilibrio tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni e servizi sociosanitari da garantire attraverso i LEA.

In particolare appare indispensabile garantire che adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza da parte delle Regioni siano in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini.

A tal riguardo, è agevole ricorrere all'esempio dell'assistenza farmaceutica che, in effetti, in alcune realtà regionali ha fatto registrare incrementi impropri della domanda e dei consumi, sottraendo risorse in particolare all'area delle prevenzione e dell'integrazione socio sanitaria oppure all'esempio dell'assistenza ospedaliera che ancora, in molte regioni, continua ad assorbire risorse, per fenomeni di inefficienza ma anche di inappropriata, a scapito di altre tipologie assistenziali.

In realtà, la considerazione da cui partire è che la definizione del LEA può solo in parte, attraverso la selezione delle prestazioni erogabili o la precisazione delle condizioni della loro erogabilità, risolvere le problematiche dell'appropriatezza, che si presenta come una delle variabili fondamentali anche per l'allocazione delle risorse.

Può infatti sostenersi che, nella lista delle prestazioni essenziali erogabili o delle tipologia assistenziali essenziali da garantire, sono presenti aree in cui l'elemento dell'essenzialità si riferisce a segmenti molto specifici di bisogno sanitario e socio sanitario da coprire, che richiedono precisazioni a livello di programmazione regionale e omogeneità sul territorio nazionale.

Ciò comporta, fermo restando gli spazi di azione oggi presenti a livello normativo concernenti i sistemi di reperimento delle risorse (leva fiscale), prevedere la necessità che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, alle opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità, per assicurare un più pieno rispetto del principio dell'appropriatezza, considerando i criteri più volte ricordati nel presente documento di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale.

Complementare all'azione sopra indicata è l'attività di promozione delle forme di assistenza integrativa, previste dalla normativa vigente, al fine di garantire o agevolare livelli di servizi e prestazioni ulteriori, rispetto a quelli garantiti dai LEA.

Allegato 5 (17)

Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.

1. Le regioni e le province autonome indicano, entro il 31 maggio 2002, i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

2. Sulla base delle indicazioni sull'appropriatezza ed urgenza delle prestazioni di cui al punto 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta.

3. Le indicazioni regionali previste al punto 1 integrano quanto già disposto in attuazione dell'art. 3, comma 10, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, nonché dei progetti di cui all'art. 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni. In particolare, le regioni e le province autonome, in base ai criteri di priorità dalle stesse definiti e sulla base di quanto individuato ai sensi del punto a) dell'accordo Governo-regioni del 14 febbraio 2002, fissano e aggiornano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero, e ne danno idonea pubblicità.

4. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali e provinciali formulate in applicazione dei punti 1 e 2.

5. L'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce un elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del trattamento economico del direttore generale connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti. Il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza ed urgenza all'interno dell'azienda sanitaria anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad attivare sistemi di monitoraggio dei tempi e dei procedimenti trasmettendo i relativi dati al Ministero della salute e, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al tavolo di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria previsto al punto 15 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni l'8 agosto 2001, ai fini dell'elaborazione di periodici rapporti.

7. Con lo stesso atto di cui al punto 1, le regioni e le province autonome disciplinano nelle situazioni caratterizzate da particolare urgenza:

a) l'eventuale attribuzione alle equipe sanitarie, sulla base di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, di forme di incentivazione specificamente finalizzate al rispetto dei tempi di attesa di cui all'accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 14 febbraio 2002;

b) l'eventuale espletamento di prestazioni libero professionali nei confronti dell'azienda stessa da parte di proprio personale dipendente (dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia medica) finalizzate al rispetto delle liste di attesa. Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori dall'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale;

c) l'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, ovvero il ricorso a contratti di «service» con ambulatori o studi professionali associati purché accreditati, anche se provvisoriamente.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S.O.

(2) Vedi, anche, i commi 282 e 284 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266, e l'art. 22, comma 4, D.L. 1° luglio 2009, n. 78.

(3) Voce così sostituita dall'art. 2, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(4) Lettera così modificata dall'art. 2, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(5) Così modificato dall'art. 1, D.P.C.M. 28 novembre 2003 (Gazz. Uff. 10 dicembre 2003, n. 286).

(6) Così modificato dall'art. 3, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(7) Così modificato dall'art. 1, D.P.C.M. 28 novembre 2003 (Gazz. Uff. 10 dicembre 2003, n. 286).

(8) Così modificato dall'art. 1, D.P.C.M. 28 novembre 2003 (Gazz. Uff. 10 dicembre 2003, n. 286).

(9) Così modificato dall'art. 1, D.P.C.M. 28 novembre 2003 (Gazz. Uff. 10 dicembre 2003, n. 286).

(10) Lettera così sostituita dall'art. 1, D.P.C.M. 28 novembre 2003 (Gazz. Uff. 10 dicembre 2003, n. 286)

(11) Lettera così sostituita dall'art. 4, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(12) Lettera così sostituita dall'art. 4, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(13) Allegato aggiunto ai sensi di quanto previsto dalla lettera b) dell'allegato 2B, come sostituita dall'art. 4, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(14) Allegato aggiunto ai sensi di quanto previsto dalla lettera d) dell'allegato 2B, come sostituita dall'art. 4, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(15) La presente voce è stata sostituita dalla voce 503 ai sensi di quanto disposto dall'art. 5, D.P.C.M. 5 marzo 2007

(16) La presente voce ha sostituito la voce 222 ai sensi di quanto disposto dall'art. 5, D.P.C.M. 5 marzo 2007.

(17) Allegato aggiunto dal D.P.C.M. 16 aprile 2002 (Gazz. Uff. 27 maggio 2002, n. 122).