



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 24-05-2004 (punto N. 33)

Delibera

N .493

del 24-05-2004

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Laura Tramonti

Estensore: Nadia Garuglieri

Oggetto:

Livelli essenziali di assistenza - Indirizzi alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: SUSANNA CENNI

Presenti:

TITO BARBINI

CHIARA BONI

RICCARDO CONTI

TOMMASO FRANCI

MARCO MONTEMAGNI

ANGELO PASSALEVA

ENRICO ROSSI

MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:

PAOLO BENESPERI

AMBROGIO BRENNA

CARLA GUIDI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	Denominazione
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note: ATTO MODIFICATO CON DELIBERAZIONI G.R.T. N. 405 DEL 14.3.2005 E N. 85 DEL 13.2.2006.

LA GIUNTA REGIONALE

Preso atto della disciplina di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie stabilita all'art. 8, comma 15, della legge 24 dicembre 1993, n.537, e successive modificazioni, e dagli articoli 68 e 70 della legge 23 dicembre 1998, n.448;

Visto il DPCM 29 novembre 2001 “definizione dei livelli di assistenza (LEA);

Vista la delibera di GR 561/2002 DPCM 29 novembre 2001 “definizione dei livelli di assistenza (LEA) – determinazioni applicative;

Atteso che il decreto ministeriale citato individua, tra l'altro, le prestazioni specialistiche ambulatoriali da assicurare a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i seguenti macrolivelli assistenziali:

- livello assistenza distrettuale
- livello assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro

Atteso altresì che, nelle modalità indicate dal decreto ministeriale citato, le regioni e le province autonome hanno facoltà di proporre modifiche ed integrazioni allo stesso decreto inerenti, tra l'altro, sia prestazioni sanitarie da assicurare in aggiunta a quelle previste dal decreto sia una diversa modalità di partecipazione alla spesa, ovvero la esenzione dalla stessa;

Ritenuto importante definire in un unico documento le decisioni assunte dalla Regione Toscana sulla materia in argomento al fine di fornire indicazioni, esaustive ed omogenee, alle Aziende Sanitarie;

Preso Atto del documento allegato, allegato A, che riporta, per ciascun macro livello assistenziale, così come definito dal decreto ministeriale sopra richiamato le prestazioni specialistiche ambulatoriali assicurate dal Servizio Sanitario Regionale e la modalità di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini assistiti, ovvero la esenzione dalla stessa;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare gli indirizzi inerenti le prestazioni specialistiche ambulatoriali e la modalità di partecipazione alla spesa, ovvero la esenzione dalla stessa, da assicurare a carico del servizio Sanitario regionale di cui al documento allegato, allegato A, come parte integrante del presente atto.

Il presente provvedimento soggetto a pubblicità ai sensi dell'art. 41, comma 1 lett. b, della L.R. 9/95 - è pubblicato per intero, compreso l'allegato, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 1 della L.R. 18/96.

NG/sl

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
LAURA TRAMONTI

Il Direttore Generale
ALDO ANCONA

**ASSISTENZA SANITARIA IN REGIME AMBULATORIALE
MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA**

INDICE

1. ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	2
1.1 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2
<u>soggetti esenti</u>	2
1.1.1 PRESTAZIONI PER LA GRAVIDANZA E LA TUTELA DELLA MATERNITÀ	8
1.1.2 PRESTAZIONI RELATIVA ALLA SALUTE MENTALE.....	10
1.1.3 PRESTAZIONI EROGATE A SOGGETTI STRANIERI	10
1.2 ASSISTENZA PROTESICA	11
1.3 ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	11
1.3.1 ATTIVITA' RIABILITATIVA.....	11
1.3.2 ATTIVITA' SANITARIA E SOCIOSANITARIA RIVOLTA ALLE DONNE, ALLE COPPIE E ALLE FAMIGLIE A TUTELA DELLA MATERNITA', PER LA PROCREAZIONE RESPONSABILE E L'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA.....	12
1.4 ASSISTENZA TERMALE	13
2. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	13
2.1 ATTIVITA' DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLE PERSONE.....	13
2.2 VACCINAZIONI E PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE	13
2.3 SERVIZIO MEDICO LEGALE	14
TABELLE ESPLICATIVE.....	18

Come è noto il DPCM 29 novembre 2001 recante "definizione dei livelli essenziali di assistenza" definisce le prestazioni e le attività da garantire a tutti i cittadini. Il lavoro svolto assume come prospettiva le prestazioni specialistiche ambulatoriali riconducibili ai macrolivelli di: "**Assistenza distrettuale**" e "**assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**" ed indica la modalità di partecipazione alla spesa a carico del cittadino ovvero la esenzione dalla stessa.

1. ASSISTENZA DISTRETTUALE

1.1 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Tutti i cittadini, ad esclusione degli esenti, sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisiokinesiterapia, fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta, con assunzione a carico del Servizio Sanitario Nazionale degli importi eccedenti tale limite con le specificazioni individuate nei paragrafi successivi.

soggetti esenti

Risultano esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria i seguenti soggetti:

- a) **i cittadini di età inferiore ai 6 anni e di età superiore ai 65 anni** purché appartenenti ad un nucleo familiare* con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro annui ;
- b) **i titolari di pensione minima**, di età superiore ai 60 anni, **ed i familiari a carico**, purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare* , riferito all'anno precedente, sia inferiore a 8.263,31 euro , incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico ;
- **i disoccupati e i familiari a carico**, purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare* sia inferiore a 8.263,31 euro; incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico ; la condizione di disoccupazione deve essere riferita al momento in cui si usufruisce della prestazione mentre il reddito di riferimento è quello dell'anno precedente . Il termine disoccupato è riferito esclusivamente al cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività` di lavoro dipendente o autonomo (con svolgimento della precedente attività lavorativa per un periodo non inferiore a 3 anni) e sia iscritto all' elenco anagrafico dei lavoratori (D.Lgs. 81/2000) in attesa di nuova occupazione .
- d) **i titolari di pensione sociale e i familiari a carico** ;
- e) **gli invalidi di: guerra/lavoro/servizio/civili** nelle modalità specificate nelle tabelle allegate;
- f) le condizioni e le **malattie croniche e invalidanti** di cui al decreto del Ministero della Sanità 28 maggio 1999 n. 329, e successive modifiche ed integrazioni, per le prestazioni sanitarie individuate dal medesimo decreto. Nel caso in cui il decreto non specifichi le singole prestazioni ma riporti la dizione generica : "le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia e delle relative complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti", la condizione di esenzione vale per le prestazioni individuate come tali dal prescrittore attraverso l'opportuna biffatura.. Le prestazioni eseguite per l'accertamento della patologia sono soggette a partecipazione alla spesa ai sensi della normativa vigente ;
- g) **i soggetti affetti dalle patologie rare** di cui al decreto del Ministero della Sanità 18 maggio 2001, n. 279. Qualora necessario ai fini della diagnosi di malattia rara di origine ereditaria, sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria anche le indagini genetiche sui familiari dell'assistito;
- h) i soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla **legge 25 febbraio 1992, n. 210**, limitatamente alle prestazioni indicate;

- i) gli **invalidi civili minori di anni diciotto** con i requisiti sanitari per l'indennità di frequenza;
- j) **i donatori di sangue, organi e tessuti**, limitatamente alle prestazioni connesse all'attività di donazione richieste dai centri appositi;
- k) **le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata** di cui alla legge 20 ottobre 1990 n. 302, integrata con la legge 23 novembre 1998, n. 407;
- l) **i soggetti detenuti e internati**, ivi compreso soggetti agli arresti domiciliari, ai sensi del Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230;
- m) **i soggetti infortunati sul lavoro in concomitanza al periodo di infortunio** per le prestazioni correlate all'infortunio stesso
- n) i cittadini che svolgono **il servizio civile** per il periodo di durata dell'incarico (L.230/98 e L. 64/2001)

o) prestazioni sanitarie richieste su ricettario del SSN al fine del rilascio della **certificazione di idoneità per l'affidamento e l'adozione**, si intende esente anche la certificazione (cfr. DGR 857/2003)

p) prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce con le seguenti modalità:

1. mammografia per le donne in età compresa fra 45 - 69 anni
2. colonscopia per i cittadini in età compresa fra 45-70 anni;
3. esame citologico cervico-vaginale in età compresa fra 25 - 65 anni

l'accesso è condizionato a:

- autodichiarazione di non aver eseguito, in regime di esenzione, gli stessi esami, la mammografia negli ultimi due anni, pap test negli ultimi tre anni e la colonscopia negli ultimi 5 anni;
- prescrizione medica (richiesta del medico di medicina generale) di esame eseguito a scopo di prevenzione;

Considerata l'attività di screening, che prevede l'esecuzione degli stessi esami, presente nelle Aziende toscane, il disposto della finanziaria (legge finanziaria 2001) dovrebbe avere una applicazione contenuta ad eccezione per le fasce di età non coperte dagli stessi. Considerato che questa attività viene erogata a scopo di prevenzione, i cittadini residenti sono tenuti ad usufruirne nell'ambito della propria Azienda usl di residenza / domicilio sanitario.

L'attività di screening prevede l'esecuzione gratuita dei seguenti esami:

- mammografia (donne 50-69 anni) ogni 2 anni
- esame citologico cervico-vaginale (donne 25- 65 anni) ogni 3 anni
- ricerca sangue occulto (> 70 anni) ogni 5 anni

Sono esenti anche gli accertamenti diagnostici necessari ulteriori fino alla diagnosi.

*

Il reddito complessivo del nucleo familiare è riferito all'anno precedente. Nel caso in cui si verificano modifiche nella composizione del nucleo familiare che comportino un cambiamento importante della situazione economica dell'utente, si fa riferimento alla composizione del nucleo alla data della esecuzione della prestazione. Esso è dato dalla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo, come risultante dal rigo RN1 del modello UNICO-PERSONE FISICHE. Per nucleo familiare deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall' interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari a carico.

Per familiari a carico si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali (in quanto titolari di un reddito inferiore a 2.840,51 euro).

in relazione al punto g) **soggetti affetti da condizioni croniche/invalidanti** e al punto h) **soggetti affetti da patologie rare** si precisa quanto segue:

al fine di semplificare l'accesso alle prestazioni usufruite in esenzione, in modo specifico per quelle prestazioni che i medesimi soggetti devono eseguire routinariamente, il medico prescrittore può prescrivere sulla ricetta la/e prestazione/i con la cadenza temporale di esecuzione e l'utente può usufruire della medesima prescrizione entro un periodo massimo di tre mesi dalla data del rilascio ;

nella medesima ricetta non possono essere prescritte prestazioni esenti dalla partecipazione alla spesa e prestazioni soggette alla partecipazione;

Per quanto riguarda la patologia cronica 013.250 "Diabete mellito" di cui al DM 329/99, le prestazioni in esenzione di cui allo stesso decreto, devono essere integrate con quelle previste dalle delibere di GR 400/2001 e 159/2004.

quota fissa per ricetta

la quota fissa per ricetta (3,10 euro) è dovuta, dai soggetti esenti, per la fruizione di prestazioni termali e prestazioni di riabilitazione extraospedaliera.

Per quanto sopra specificato confrontare la tabella allegata

modalita' per l'esercizio del diritto di esenzione

I soggetti esenti di cui ai precedenti punti a),b), c); d), non risultano in possesso di un attestato di esenzione e pertanto sono tenuti ad **autocertificare** la propria condizione di esenzione.

Il **medico prescrittore**, tra l'altro, è tenuto, ai sensi della normativa vigente (cfr DPR 270/2000):

- ✓ a corredare la richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica con la diagnosi o sospetto diagnostico
- ✓ a favorire lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del servizio sanitario, tra l'altro, per quanto riguarda:
 - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni
 - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia

La normativa vigente prevede che i Direttori Generali delle aziende Sanitarie attivino controlli, attraverso gli organi preposti, sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione nonché sulla regolarità delle prescrizioni in regime di esenzione effettuate dallo stesso medico sulla ricetta .

Accesso alle prestazioni specialistiche

- L'accesso alle prestazioni specialistiche erogate dal Servizio Sanitario Regionale, in strutture pubbliche o private accreditate, è subordinato, di norma, alla prescrizione, proposta o richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario dal medico prescrittore;
- il cittadino può accedere, con la relativa richiesta, formulata su ricettario del Servizio Sanitario, alle strutture private accreditate in rapporto con la struttura pubblica senza preventiva autorizzazione da parte della Azienda USL di appartenenza.

La ricetta relativa a richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali non ha scadenza temporale.

ogni ricetta può contenere un numero massimo di otto prestazioni della medesima branca, fanno eccezione:

- eventuali modalità prescrittive indicate dal nomenclatore tariffario;
- le richieste di prestazioni per la gravidanza effettuate sull' apposito ricettario predisposto in base al protocollo regionale per la gravidanza fisiologica;
- le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte;
- una ricetta non può contenere più prestazioni dello stesso tipo (stesso codice nomenclatore tariffario) da effettuarsi sul medesimo distretto, ad eccezione delle prestazioni erogabili in "ciclo" individuate dal nomenclatore tariffario;

Accesso diretto

non necessita l' apposita prescrizione su ricettario regionale per l'accesso alle visite specialistiche e alle prestazioni, usufruite in strutture pubbliche, afferenti alle branche specialistiche di seguito segnalate, la partecipazione alla spesa rimane ovviamente come da normativa :

- a) pediatria (limitatamente ai soggetti che non hanno scelto il pediatra di base e alle prestazioni del consultorio)
- b) ostetricia-ginecologia (visita)
- c) oculistica (limitatamente all'esame del visus)
- d) odontoiatria (visita)
- e) psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia (visita)
- f) prestazioni erogate per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica
- g) prestazioni e controlli erogati dai servizi di diabetologia
- h) prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei donatori di sangue o di organo o di midollo (in rapporto agli atti di donazione)

- i) prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei riceventi di trapianti d'organo
- j) trattamenti dialitici
- k) prestazioni esenti effettuate per soggetti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, affetti da HIV o sospetti di esserlo

le ulteriori prestazioni eventualmente richieste, a seguito delle prestazioni fruite in accesso diretto, necessitano di prescrizione su apposita ricetta .

(riferimento regionale: settore servizi sanitari territoriali e percorsi assistenziali - L. Tramonti)

IL NOMENCLATORE TARIFFARIO

Il livello di assistenza della specialistica ambulatoriale è individuato dalle prestazioni specialistiche e le indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio previste nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (deliberazione di Giunta Regionale n.229 del 3.3.97 e successive modifiche e integrazioni), di seguito indicato come **nomenclatore tariffario**.

Le tariffe relative alle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate sono quelle indicate nel nomenclatore tariffario. I cittadini assistiti sono tenuti a sostenere una quota di partecipazione alla spesa sanitaria secondo la normativa vigente salvo i soggetti esenti come riportato al capitolo 1.

Le strutture private accreditate possono erogare per conto del SSN tutte le prestazioni di cui al nomenclatore tariffario purchè contrattate con la Azienda usl di riferimento. ;

Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non esiste la forma indiretta.

Fanno eccezione:

- le prestazioni dialitiche, usufruite in strutture private, nelle modalità e nelle forme previste dalla delibera di G.R. n. 321 del 30.3.1998 e successive integrazioni, per le quali è possibile, per i cittadini residenti, chiedere il rimborso dei costi sostenuti.
- la prestazione di "trattamento fotodinamico per degenerazione maculare" ai sensi della delibera n.541 del 28.05.2001 (l'altra prestazione indicata dalla stessa delibera 541/2001: "disfunzione delle articolazioni temporo mandibolari " viene erogata in forma diretta a carico dei cittadini residenti alla tariffa di € 500,00 per anno di terapia come da delibera di CR 163/2003.

Il nomenclatore tariffario rappresenta, come sopra detto, il livello di assistenza specialistica garantito dal Servizio Sanitario Regionale, è consultabile sul sito della Regione Toscana all'indirizzo: www.regione.toscana.it / la rete dei servizi/ sanità/servizi per le aziende/ tariffe. Le prestazioni riportate nel nomenclatore sono erogate a tutti i cittadini (residenti e non), **fanno eccezione le prestazioni riportate nell'allegato 2A e 2B del DPCM 29 novembre 2001**, così come recepito dalla Regione Toscana con DGR 561 del 3 giugno 2002, erogabili esclusivamente ai cittadini residenti, salvo specifici accordi con le altre regioni (cfr. circolari allegate). Sul sito della RT sono consultabili gli atti assunti in applicazione dello stesso decreto ministeriale.

Attualmente è stato definito **l'accordo con la Regione Umbria** (cfr. DGR 236 del 15 marzo 2004) **pertanto i cittadini residenti in Umbria usufruiscono del livello di assistenza assicurato ai cittadini toscani** .

Si riportano, di seguito, le indicazioni fornite dall'ufficio competente al fine di garantire, sul territorio regionale, una corretta applicazione del nomenclatore:

➤ Prestazioni erogate in aggiunta e contestualmente alla prestazione prescritta su ricettario regionale

Qualora lo specialista pubblico, al quale ha avuto accesso l'utente con richiesta formulata su ricettario regionale, rilevi la necessità di eseguire, nel corso della prestazione prescritta e in riferimento al quesito diagnostico, prestazioni aggiuntive, si applicano le indicazioni di seguito riportate:

- **Le procedure eseguite risultano comprese, nel nomenclatore tariffario, all'interno di altra prestazione diversa da quella prescritta es.**

**45.13 esofagogastroduodenoscopia (prestazione prescritta)
biopsia (prestazione aggiuntiva eseguita dallo specialista)**

45.16 esofagogastroduodenoscopia con biopsia (prestazione individuata dal nomenclatore)

la prestazione prescritta (45.13) deve essere rettificata, ai fini informativi, con quella effettivamente erogata presente nel nomenclatore (45.16).. Al fine della partecipazione alla spesa sanitaria, l'utente dovrà corrispondere, eventualmente e qualora esista, soltanto la differenza tra quanto già versato al momento della prenotazione, rispetto alla tariffa della prestazione prenotata, fino al concorso di 36,15 euro, in relazione alla tariffa della prestazione erogata, in questo caso 45.16.

• Le procedure eseguite sono individuate nel nomenclatore regionale tariffario in prestazioni distinte con distinte tariffe

Le prestazioni aggiuntive, erogate contestualmente a quella prescritta, non sono individuate nel nomenclatore come parte di una unica prestazione ma individualmente, pertanto qualora afferenti alla stessa branca specialistica, devono essere segnalate dallo specialista pubblico come prestazioni erogate contestualmente a quella prescritta (devono essere segnalate dallo specialista annotandole sulla richiesta di accesso apponendo timbro e firma), l'utente dovrà corrispondere, eventualmente e qualora esista, soltanto la differenza, tra quanto già versato al momento della prenotazione, rispetto alla tariffa prenotata, fino al concorso di 36,15 euro in relazione alle prestazioni effettivamente erogate. Qualora le prestazioni afferiscono a branche specialistiche diverse l'utente corrisponde una ulteriore quota di partecipazione alla spesa.

Al fine della rilevazione dell'attività la prestazione aggiuntiva deve essere annotata sulla ricetta che ha giustificato l'accesso.

➤ Prestazioni erogate secondo le indicazioni clinico diagnostiche (parte 2 del nomenclatore tariffario)

le indicazioni contenute nella parte 2 del nomenclatore tariffario(specifica colonna: allegato 2 nomenclatore, prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche indicazioni clinico diagnostiche) individuano la erogabilità a carico del SSN delle prestazioni specialistiche. Le prestazioni erogate ai sensi delle stesse indicazioni sono erogate con oneri a carico del SSN (si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente salvo gli esenti). Quando la prestazione è erogata al di fuori delle stesse indicazioni clinico diagnostiche il cittadino è tenuto a corrispondere l'intera tariffa indicata dall'Azienda erogatrice (sul sito della Regione Toscana è consultabile l'elenco delle medesime prestazioni) .

Es. 99.29.7 **Mesoterapia** - la prestazione è indicata per patologie osteoarticolari"; significa che la medesima prestazione è erogata **nell'ambito del SSN** esclusivamente per le patologie osteoarticolari pertanto, in corrispondenza di altre patologie il cittadino è tenuto a **pagare per intero** la prestazione, secondo tariffe aziendali, perché fuori livello di assistenza;

Il medico prescrittore è tenuto a prescrivere su ricettario regionale la medesima prestazione quando la stessa corrisponde alle indicazioni clinico-diagnostiche. Negli altri casi è tenuto a prescriverla su ricettario bianco.

Sul sito della regione Toscana, sopra indicato, esiste specifico documento con l'elenco delle medesime prestazioni e le correlate indicazioni.

➤ Prestazioni non tariffate quando eseguite come parte di una visita generale specialistica (89.7).

Il nomenclatore segnala le prestazioni che non sono soggette a tariffazione quando erogate contestualmente ad una visita specialistica.

Per contestualità si intende:

una prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno della stessa struttura organizzativa . Trattasi di prestazioni di primo livello, anche non richieste nell'impegnativa, la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica, sono compatibili con la visita specialistica come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale.

➤ Note alle prestazioni

le note previste in relazioni a specifiche prestazioni sono importanti perché specificano:

- la modalità di esecuzione della prestazione;
- i criteri di accesso alla prestazione;

Si raccomanda la lettura attenta delle medesime note soprattutto a seguito della adozione di provvedimenti che hanno inserito modalità di accesso differenziato alle prestazioni come la delibera di CR 163/2003 relativa al "Progetto odontoiatria".

➤ **Simbologia**

per una corretta applicazione delle tariffe è importante conoscere il significato della simbologia utilizzata nella descrizione delle prestazioni e riportata nella "legenda al nomenclatore":

parentesi tonda: include termini descrittivi della prestazione;

parentesi quadra: include sinonimi o termini esplicativi e, per le prestazioni del laboratorio, la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita;

virgole: sono finalizzate a distinguere i diversi distretti su cui viene eseguita la prestazione. Al fine della remunerazione della prestazione hanno significato disgiuntivo quando non sono contenute all'interno di parentesi quadre (sinonimi); pertanto in questi casi la tariffa deve essere moltiplicata per ciascun distretto osservato o trattato.

PRESTAZIONI CORRELATE AL RICOVERO

Prestazioni pre ricovero

ai sensi del D.Lgs. 124/98 non sono soggette a tariffazione le prestazioni direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate dalla medesima struttura (art. 1, comma 18, legge 23 dicembre 1996, n.662).

Per i cittadini residenti che hanno programmato il ricovero in strutture toscane, si consente la possibilità di eseguire le medesime prestazioni anche in strutture, pubbliche o private accreditate, diverse da quelle di ricovero, si riportano di seguito le indicazioni necessarie in merito:

sono esenti dalla partecipazione al costo gli accertamenti clinici e diagnostici pre ricovero effettuati, in regime ambulatoriale, presso una struttura pubblica o privata accreditata, ai fini di ridurre il periodo di degenza, purchè prescritte dal reparto ospedaliero interessato al quale l'assistito si è rivolto su richiesta del medico curante e purchè segua all'indagine l'immediato ricovero nello stesso reparto ;

- La struttura, pubblica o privata accreditata, erogatrice delle prestazioni provvede a fatturarle direttamente alla struttura di ricovero, pubblica o privata accreditata, che le ha prescritte.

Per la rilevazione dell'attività, la struttura erogatrice, provvede a segnalare le medesime prestazioni con il codice 05, nel campo denominato "ACCESSO", dell'archivio SPA 1, e con il codice 0, nel campo 26, denominato "COMPENSA", dell'archivio SPA 2 del flusso relativo alla attività specialistica ambulatoriale come da "manuale dei flussi DOC" versione 2.1. Ai soli fini informativi occorre individuare anche l'impegno economico.

- la ricetta, o modulo interno del presidio ospedaliero, ai fini del riconoscimento del diritto di esenzione, e della particolare disciplina prevista per le stesse prestazioni, dovrà segnalare (con apposizione di un timbro o con una nota scritta) che trattasi di prestazioni pre-ricovero;

- qualora le prestazioni siano prescritte da struttura sanitaria privata accreditata questa, in mancanza dell'apposito ricettario regionale, provvede a prescriberle su carta intestata della struttura da cui deve risultare sia che trattasi di prestazioni pre-ricovero sia i dati anagrafici di individuazione del paziente. Deve inoltre risultare leggibile il nominativo del medico specialista prescrittore.

Se il cittadino non accede al ricovero è tenuto a pagare la quota di partecipazione al costo come da normativa vigente.

Prestazioni post-ricovero (dimissione protetta)

Sono esenti dalla partecipazione al costo le prestazioni erogate in struttura ospedaliera (pubblica o privata accreditata) su pazienti dimessi prima di aver esaurito tutte le prestazioni necessarie a risolvere la patologia; deve necessariamente trattarsi di prestazioni che richiederebbero un prolungamento della

degenza come la rimozione di punti, la rimozione di gesso, le medicazioni ecc.. Non rientrano in questa specie ad esempio le visite ed i follow-up per il controllo programmato a distanza del ricovero.

Per la rilevazione dell'attività, la struttura erogatrice, provvede a segnalare le medesime prestazioni con il codice 07, nel campo denominato "ACCESSO" dell'archivio SPA 1, e con il codice 0, nel campo 16, denominato "COMPENSA", dell'archivio SPA2 del flusso relativo alla attività specialistica ambulatoriale come da "manuale dei flussi DOC" versione 2.1. Ai soli fini informativi occorre individuare anche l'impegno economico.

Prestazioni di Pronto Soccorso

Per le indicazioni sul Pronto Soccorso si fa riferimento alla delibera di GR 293/2004. Per la modalità di partecipazione alla spesa si conferma quanto previsto dalle precedenti disposizioni in merito (circolare 1/2000). La disposizione prevista dalla delibera di GR 293/2004 non è operativa, l'applicazione è condizionata alla verifica dei progetti previsti nella stessa delibera.

(riferimento regionale: settore servizi sanitari territoriali e percorsi assistenziali - L. Tramonti)

1.1.1 PRESTAZIONI PER LA GRAVIDANZA E LA TUTELA DELLA MATERNITÀ

Ai sensi del D.M. Sanità 10 settembre 1998 (Aggiornamento del D.M 6 marzo 1995) e dell'art. 1 del D.Lgs. 124/1998 sono escluse dalla partecipazione al costo, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal sopra menzionato D.M. Sanità e dagli allegati A, B e C, così come risulta recepito dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 801 del 13.07.1999 "Adozione nuovo protocollo per le indagini di laboratorio e strumentali per la gravidanza fisiologica", fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari, con le modalità di seguito indicate. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

Prestazioni da eseguire in epoca preconcezionale

Sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni indicate nel D.M. 10.9.1998, All. A. tale elenco di prestazioni è immediatamente applicabile in ambito regionale.

Ai sensi dell'art. 2, comma 1, D.M 10.9.1998, in funzione preconcezionale sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto.

La prescrizione può essere effettuata sia dai medici di medicina generale che dagli specialisti per quanto riguarda i punti indicati con n. 1, 2 e 3 dell'All. A, mentre è riservata allo specialista ginecologo o genetista per le prestazioni di cui al punto n. 4 dello stesso allegato e di cui all'art. 2, comma 1 del decreto ministeriale.

Il medico prescrivente dovrà barrare la casella "A" del ricettario regionale, relativa al tipo di esenzione e dovrà obbligatoriamente far seguire la prescrizione dall'indicazione "esame/i preconcezionale/i".

In presenza di condizioni di rischio le prescrizioni devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

Con riferimento al punto n. 4 dell'All. A si precisa che per "abortività ripetuta" si deve intendere un numero di aborti maggiore o uguale a 3.

Prestazioni per la gravidanza fisiologica

Sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni indicate nel "Protocollo diagnostico regionale per la gravidanza fisiologica" adottato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 801 del 13.07.1999, comprese le visite e gli accertamenti da effettuare a fine gravidanza presso la struttura ospedaliera in cui avverrà presumibilmente il parto.

Si evidenzia difatti che nel protocollo regionale l'ultima prescrizione riguarda l'esame delle urine alla 38^a settimana e che per le ultime settimane di gravidanza si dispone che "gli accertamenti diagnostici specificatamente indirizzati alla valutazione del benessere materno-fetale saranno eseguiti secondo i protocolli adottati presso le strutture dove avverrà il parto". Rientrano tra questi anche prestazioni come l'ecografia ostetrica e la cardiotocografia (a differenza di quanto previsto nel protocollo nazionale che li

prescrive alla 41^a settimana).

Per ottenere l'esenzione la gestante dovrà utilizzare il libretto ricettario regionale per la gravidanza fisiologica consegnatole dall'Azienda U.S.L..

Il libretto per la gravidanza dovrà essere consegnato su richiesta anche a residenti di altre regioni con domicilio sanitario e a stranieri irregolari in condizioni di indigenza.

Le singole ricette potranno essere compilate e firmate dal medico curante convenzionato in medicina generale o dallo specialista in ostetricia-ginecologia dipendente dal S.S.N. o convenzionato interno o accreditato oppure operante in struttura accreditata, (salvo i casi in cui, nell'All. B stesso, sia prevista espressamente la prescrizione da parte dello specialista).

I residenti di altre regioni senza domicilio sanitario e i cittadini comunitari senza domicilio sanitario hanno diritto in regime di esenzione dalla partecipazione al costo esclusivamente alle prestazioni previste dal protocollo nazionale approvato con D.M. 10.09.1998 prescritte su ricetta regionale (o carnè della salute) e da registrare in compensazione.

Per i cittadini extracomunitari non indigenti valgono le indicazioni di cui al paragrafo relativo alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri.

Prestazioni per la gravidanza con patologia o a rischio

Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale (vd. art. 2, comma 2 del D.M. Sanità 10.9.1998), su prescrizione, di norma, del medico specialista, purché nella prescrizione stessa sia espressamente indicato, oltre allo stato di gravidanza, anche il tipo di rischio o la patologia sospetta o accertata. Tale disposizione *non esclude la possibilità di prescrizione, con le medesime modalità di cui sopra, da parte del medico di medicina generale.*

Prestazioni per la diagnosi prenatale

A norma dell'art. 2, comma 3 D.M. Sanità 10.9.1998, sono escluse dalla partecipazione al costo le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale, *nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato C, prescritte su ricettario regionale obbligatoriamente da un medico specialista* con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico. Le indicazioni di cui all'allegato C sono immediatamente applicabili a livello regionale.

Inoltre, se dall'indagine anamnestica o dalle condizioni cliniche della gestante emergono situazioni di rischio per patologie ereditarie o legate all'età materna avanzata, *l'esonero dalla partecipazione alla spesa si estende agli esami atti alla quantificazione del rischio (es. Duotest, Tritest) prescritti su ricettario regionale obbligatoriamente da un medico specialista* con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico.

Si precisa che l'età materna avanzata uguale o superiore a 35 anni, utile per l'accesso senza oneri alla diagnosi prenatale, va riferita alla data presunta del parto.

Se manca la menzione della diagnosi o il sospetto diagnostico ma c'è scritto genericamente "gravidanza a rischio", decade il diritto all'esonero dal pagamento della quota di partecipazione.

Le prestazioni di amniocentesi precoce e tardiva sono erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale solo conformemente alle seguenti indicazioni clinico diagnostiche_ (cfr. delibera di G.R. n. 569/2001)

- A. malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate,
- B. riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie;
- C. aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibile con la fertilità;
- D. precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo. Non costituisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;
- E. aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili;

- F. età materna alla data presunta del parto > 35 anni;
- G. rischio di trisomia 21 o di trisomia 18, stimato al triplo test > 1:300 al parto (equivalente a >1/250 al secondo trimestre)
- H. indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi e/o genetisti).
- Le situazioni sopra indicate, in quanto situazioni a rischio, consentono di usufruire della prestazione in regime di esenzione. Al di fuori dei casi segnalati la prestazione è fruibile a pagamento della intera tariffa aziendale.

Prestazioni di "training prenatale"

La prestazione di "training prenatale", identificata nel nomenclatore tariffario regionale con il codice n. 93.37, compresa nelle attività previste dal corso di preparazione alla nascita, viene erogata dall'Azienda U.S.L. (direttamente ovvero avvalendosi di altre strutture) nell'ambito di programmi organizzati rivolti alla collettività a fini di prevenzione (vd. "prestazioni di medicina preventiva"), pertanto la stessa viene erogata gratuitamente dalle persone residenti in quella Azienda U.S.L.. *Anche gli utenti* che vogliono usufruire della medesima prestazione in Azienda Sanitaria diversa da quella di residenza *hanno diritto all'accesso, con prescrizione su ricettario regionale e non sono soggetti alla partecipazione alla spesa sanitaria*. Per queste ultime prestazioni si applicano le apposite procedure regionali relative alle compensazioni.

1.1.2 PRESTAZIONI RELATIVA ALLA SALUTE MENTALE

Le prestazioni specialistiche afferenti alla salute mentale (adulti / infanzia e adolescenza) sono soggette alla partecipazione alla spesa , salvo i soggetti esenti, come da normativa vigente e nello specifico:

- la prima visita è soggetta a pagamento salvo i soggetti esenti come da normativa vigente;
- le prestazioni specialistiche afferenti alla fase diagnostica ed a quella del progetto terapeutico individuale sono soggette alla partecipazione alla spesa, salvo i soggetti esenti, come da normativa vigente.

Alle prestazioni specialistiche (inerenti il progetto terapeutico individuale e la fase diagnostica) si applicano le modalità prescrittive e di partecipazione alla spesa, quando dovuta, indicate per il ricettario regionale (pagamento ticket , salvo esenti, su una ricetta contenente fino ad un massimo di otto prestazioni)

(riferimento regionale: settore integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo - M.G.Cabras)

1.1.3 PRESTAZIONI EROGATE A SOGGETTI STRANIERI

Extracomunitari

Ai fini della partecipazione alla spesa, gli stranieri extracomunitari sono raggruppabili nelle seguenti categorie:

b) a) stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (art. 34 D.Lgs. 286/1998 e successive modifiche ed integrazioni) hanno parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani;

c) stranieri regolarmente soggiornanti non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (art. 35, comma 1 D.Lgs. 286/1998 e successive modifiche ed integrazioni)

sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie urgenti e d' elezione secondo le tariffe determinate dalla regione;

c) stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (art. 35, comma 3 D.Lgs. 286/1998)

ricevono cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali; in particolare sono garantite le prestazioni previste al comma 3 punti a), b), c), d), e).

Le medesime prestazioni sono a carico dei richiedenti. Sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Nel caso che lo stato di indigenza sia tale da rendere impossibile anche la riscossione della quota di partecipazione alla spesa, l'intero costo della prestazione è a carico dell'Azienda usl competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate.

Stranieri appartenenti a Paesi della Comunità Europea, Svizzera, Slovenia E Croazia

- sono tenuti al pagamento della quota di partecipazione alla spesa al pari dei cittadini italiani, se iscritti al SSN o se portatori di formulari di collegamento;
- sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie negli altri casi

Stranieri appartenenti a paesi con i quali esistono accordi bilaterali

- hanno diritto alle prestazioni previste dai rispettivi accordi con pagamento della quota di partecipazione alla spesa
- sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie negli altri paesi

Stranieri con permesso di soggiorno per asilo politico ed asilo umanitario

Sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed esentati dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, qualora non esercitino attività lavorativa.

(Riferimento regionale: Servizi sanitari territoriali e percorsi assistenziali - L. Tramonti)

1.2 ASSISTENZA PROTESICA

I soggetti di cui all'art.2. D.M.S. 27.08.99, n. 332, sono esenti, tra l'altro, dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le visite e le prestazioni specialistiche collegate con la fornitura di ausili e protesi di cui al citato decreto.

(riferimento regionale: settore integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo - M.G.Cabras)

1.3 ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE

1.3.1 ATTIVITA' RIABILITATIVA

Per prestazioni di riabilitazione si intendono le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, congenite o acquisite, per l'accesso alle quali è necessario la predisposizione di un " piano di trattamento individualizzato" predisposto dalla Azienda usl competente o dalla stessa validato (vedi delibera di G.R. 732/97).

Si specifica che le prestazioni e le relative tariffe di riabilitazione non sono riconducibili a quelle di cui al nomenclatore tariffario (delibera di G.R. 229/97 e successive modifiche e integrazioni) ma a quanto previsto dalle delibere di G.R. 732/97 e 929/98 e possono essere erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate di cui alla delibera di G.R. 732/97 e successive modifiche ed integrazioni.

La partecipazione alla spesa sanitaria o il pagamento della quota ricetta è previsto esclusivamente per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare.

I soggetti esenti, come individuati nella tabella allegata, sono altresì esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, compreso dalla quota ricetta, per le prestazioni specialistiche e per gli eventuali esami diagnostici effettuati al fine della predisposizione del "piano di trattamento individualizzato" e/o di verifica dello stesso. Le stesse prestazioni qualora eseguite al di fuori del "piano di trattamento individualizzato" sono soggette alla spesa sanitaria ai sensi della normativa vigente.

(riferimento regionale: settore integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo - M.G.Cabras)

1.3.2 ATTIVITA' SANITARIA E SOCIOSANITARIA RIVOLTA ALLE DONNE, ALLE COPPIE E ALLE FAMIGLIE A TUTELA DELLA MATERNITA', PER LA PROCREAZIONE RESPONSABILE E L'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA

La programmazione aziendale deve essere orientata a garantire in ambito consultoriale l'erogazione in esenzione dalla partecipazione alla spesa almeno delle seguenti prestazioni base:

1. PROCREAZIONE RESPONSABILE

1.a *Visite, consulenze, informazione e sostegno*

1.b *Prescrizione di presidi farmaceutici ed accertamenti diagnostici pertinenti*

1.c *Inserimento, rimozione, controlli I.U.D.*

2. STERILITA' E POLIABORTIVITA'

2.a *Visite almeno fino all'invio ai centri di riferimento*

2.b *Consulenze, informazione e sostegno*

2.c *Prescrizione di presidi farmaceutici ed accertamenti diagnostici pertinenti*

3. INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

3.a *Visite, consulenze, informazione e sostegno (compresa visita di controllo post-IVG)*

3.b *Prescrizione di accertamenti diagnostici pertinenti*

3.c *Certificazioni*

3.a. *Visite (almeno la prima), consulenze, informazione e sostegno per problematiche strettamente connesse alla menopausa*

4. PREVENZIONE ONCOLOGICA

4.a *Consulenze, informazioni e sostegno*

4.b *Visita senologica compreso insegnamento autopalpazione.*

4.c *Prescrizione di accertamenti diagnostici*

4.d *Prestazioni previste dalla programmazione regionale per attività di screening*

5. INIZIATIVE RIVOLTE ALLA FASCIA DI ETA' ADOLESCENZIALE (almeno 14-24 anni)

6.a *Attività di accoglienza*

6.b *Visite, consulenze, informazione e sostegno*

6.c *Accertamenti diagnostici finalizzati alla procreazione responsabile secondo le modalità definite dalla programmazione aziendale*

6.d *PapTest*

6. FASE POST-RIPRODUTTIVA

7. TUTELA DELLA GRAVIDANZA (Vd. Paragrafo 2.4)

7.a *Visite, consulenze, informazione e sostegno (compresa visita preconcezionale e visita di controllo nel puerperio (entro i 3 mesi successivi al parto)*

7.b *Attività di sostegno puerperale*

7.c *Prescrizione di accertamenti diagnostici*

7.d *Corsi di preparazione alla nascita*

Nota A. Almeno le prestazioni fin qui descritte e indicate nel nomenclatore tariffario possono essere erogate in regime di esenzione applicando le procedure relative alla compensazione della mobilità sanitaria (sono pertanto esonerati dalla quota di partecipazione alla spesa anche i non residenti).

Nota B. All'interno delle diverse aree di intervento in ambito consultoriale possono agire diverse professionalità (ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale, ecc.). Pertanto nella dizione visite/consulenze/informazione/sostegno si ricomprendono anche prestazioni erogate dalle diverse professionalità presenti e per quanto riguarda le prestazioni a carattere psicologico almeno quelle di 1° livello (prima visita e counselling breve).

Nota C. I presidi e gli accertamenti diagnostici sono a carico dell'utente ovvero erogati gratuitamente secondo le disposizioni in merito indicate nella programmazione aziendale.

Le Aziende UU.SS.LL., in relazione alle attività svolte nei consultori, devono definire, con atti formali,

programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva - in particolare nelle aree della procreazione responsabile, sterilità e poliabortività, fase post-riproduttiva e prevenzione oncologica - nei quali ricomprendere anche interventi su richiesta individuale. Tali programmi devono essere definiti in conformità degli indirizzi forniti nel progetto obiettivo materno-infantile (delibera C.R. n. 41 del 17.02.1999 d'approvazione del P.S.R. 1999-2001) in relazione alle funzioni consultoriali. Le Aziende UU.SS.LL. devono inviare copia degli atti di programmazione per opportuna conoscenza al "Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà - Area 7: Attività sanitarie ad alta integrazione sociale - organizzazione servizi distrettuali- Regione Toscana".

Le aziende sono invitate ad attivare protocolli operativi di integrazione tra i vari servizi per garantire percorsi definiti di assistenza al cittadino nelle problematiche relative alla vita di coppia, della famiglia e alla sfera adolescenziale.

1.4 ASSISTENZA TERMALE

Le prestazioni di assistenza termale sono soggette alla partecipazione alla spesa ovvero al pagamento della quota ricetta o in esenzione così come previsto dalla tabella allegata, e con riferimento alla normativa preesistente e con riferimento, per quanto attiene la individuazione della quota di partecipazione, all'art.52 della legge finanziaria 2003.

(riferimento regionale: settore integrazione socio-sanitaria e progetti obiettivo - M.G.Cabras)

2. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

2.1 ATTIVITA' DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLE PERSONE

Ai sensi dell'art. 1, comma 4 del D.Lgs. 124/98 sono erogate senza oneri a carico dell'assistito:

- a) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del Piano Sanitario Nazionale, dei Piani Sanitari Regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione;
- b) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (deliberazione GR 11.07.2000 n.756 specifica per il controllo della malattia tubercolare), nonché quelle finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e previste come non onerose per il richiedente.

Sulla base della normativa regionale (P.S.R. 2002-2004) rientrano in tale contesto:

- le prestazioni richieste direttamente dall'Azienda USL e previste da leggi per fini profilattici e di tutela igienico-sanitaria della collettività, quali ad esempio le indagini facoltative richieste dal medico in caso di sospetto epidemiologico (epatite, salmonella etc. in famiglia o in comunità);
- le prestazioni connesse alla medicina del lavoro, disposte dalle Aziende UUSSLL ed eseguite per finalità di tutela della salute collettiva.

2.2 VACCINAZIONI E PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE

Il DPCM 29 novembre 2001 prevede inoltre incluse nei LEA:

- *le vaccinazioni obbligatorie e quelle previste da specifici atti regionali (deliberazioni nn 1492 del 28.12.99, 1386 del 17.12.2001 n. 1249 del 24.11.2003, n.1284 del 01.12.2003), gli accertamenti correlati alle vaccinazioni individuati a livello regionale; con deliberazione della G.R. n. 857 del 01.09.2003 e ss. Modificazioni ed integrazioni, inoltre, è stato approvato il tariffario regionale delle prestazioni di Igiene*

Pubblica, Veterinaria, Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina Legale e dei Laboratori di Sanità Pubblica.

Rientrano nella prevenzione ed erogate gratuitamente:

- le prestazioni erogate ai fini della *prevenzione della infezione da HIV*, limitatamente all'accertamento dello stato di infezione, in favore dei soggetti appartenenti a categorie a rischio, con comportamenti a rischio o incidentalmente esposti a rischio di infezione
- *gli screening alla nascita* (malattia fibrocistica, fenilchetonuria, ipotiroidismo, sordità) e quelli successivi previsti dal P.S.R. per la diagnosi precoce di altri determinati fenomeni morbosi;
- *gli screening e i controlli pediatrici e dell'età evolutiva*, programmati ed organizzati dalle Aziende UU.SS.LL., con formali provvedimenti;

(riferimento regionale: sistema regionale di prevenzione collettiva - E. Balocchini)

2.3 SERVIZIO MEDICO LEGALE

accertamenti per invalidità civile

- gli esami richiesti dalle commissioni mediche delle Aziende usl in sede di accertamento dell'invalidità, sono assoggettati al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria. La certificazione non è a carico del cittadino;
- le prestazioni effettuate per la verifica del permanere delle condizioni di una invalidità già attribuita sono a carico del SSN;

accertamenti per il rilascio di certificazioni nell'interesse di terzi

sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, ivi compresa la certificazione:

- i certificati di idoneità sportiva agonistica*: rilasciati ai soggetti < di anni 18, sono altresì esenti tutti i soggetti che godono di un diritto di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria al 100%, a qualsiasi titolo (età e reddito, patologia, invalidità ecc.); limitatamente agli accertamenti previsti dai decreti del Ministero della Sanità.18.2.1982 e 4.3.1993 per le singole discipline (cfr. DGR 818/99 e DCR272/2000)

Le indagini strumentali previste per il rilascio dei certificati sono individuate nella delibera di GR 667/97. La erogazione di ulteriori indagini, richieste su motivato sospetto clinico e necessarie per il rilascio della medesima certificazione, sono soggette alla partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

- i certificati richiesti dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni
- i certificati di idoneità al servizio civile
- i certificati di idoneità per l'affidamento e l'adozione di minori
- le certificazioni sanitarie per i dipendenti pubblici assenti dal servizio per motivi di salute

Ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 **sono esclusi dai LEA** e pertanto soggette a pagamento da parte dell'utente le seguenti certificazioni:

certificazioni di idoneità sanitaria

- rilascio di porto di armi
- guida dei veicoli
- attività di volo da diporto o sportivo
- imbarcazioni e navi da diporto
- conduzione di caldaie o generatori di vapori
- rilascio o rinnovo libretto di idoneità sanitaria
- impiego gas tossici
- esenzione uso cinture di sicurezza
- concessione contrassegni libera circolazione per invalidi

accertamenti medico legali nei confronti dei dipendenti pubblici

- idoneità fisica al servizio
- cessione del quinto dello stipendio
- accertamenti medico collegiali richiesti da amministrazioni pubbliche (idoneità fisica al servizio, idoneità allo svolgimento di mansioni lavorative)

le tariffe delle certificazioni mediche sopra riportate sono indicate nella deliberazione GR n.857 dell'1/09/2003 e ss. modificazioni ed integrazioni.

* ai sensi del DPCM 28 novembre 2003 " Modifica del DPCM 29/11/2001 recante Definizione dei livelli essenziali di assistenza, in materia di certificazioni". i medesimi certificati sono stati inseriti nei LEA e pertanto erogabili anche a soggetti non residenti.

***Riferimento regionale: Sistema regionale di prevenzione collettiva - E.Balocchini
Servizi sanitari territoriali e percorsi assistenziali - L.Tramonti***

10. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

TIPOLOGIA	RIABILITAZIONI	TERMALE	SPECIALISTICA
Soggetti tenuti alla partecipazione alla spesa ai sensi della finanziaria 95 e succ. modifiche ed integrazioni (assistiti >6 anni < 65 anni)	36,15 euro piano di trattamento	50 euro	36,15 euro
Soggetti esenti per età e reddito (punto 1 lettera a,b,c,d)	3,10 euro	3,10 euro	esenti
R99 Soggetti in servizio civile	-----	-----	Esenti (x il periodo)
Soggetti esenti per patologia cronica (DM 329/99) e successive modifiche ed integrazioni**	esenti se previste dal DM329/99 come correlate alla patologia	esenti se previste dal D.M. 329/99	esenti se previste dal D.M. 329/99
Soggetti esenti per patologia rara (DM 279/2001)	esenti	esenti	esenti
A01 Invalidi di guerra da 1° a 5° categoria esenti anche per farmaci di fascia C	esenti	esenti	esenti
B11 Invalidi di guerra da 6° a 8° categoria	esenti se correlata patologia	esenti se correlata patologia	Esenti se correlata patologia
A11 Invalidi lavoro (80% a 100%)	esenti	esenti	esenti
A02 Invalidi lavoro (67% a 79%)	3,10 euro	3,10 euro	esenti
B12 Invalidi lavoro < 2/3	3,10 euro se correlata patologia	3,10 euro se correlata patologia	Esenti se correlata patologia
A10 Grandi invalidi servizio 1° categoria	esenti	esenti	esenti
A03 Invalidi servizio (2° alla 5° categ.)	3,10 euro	3,10 euro	esenti
A 04 invalidi civili > 2/3	3,10 euro **	3,10 euro	esenti
B14 Invalidi servizio (6° alla 8° categ.)	3,10 euro se correlata patologia	3,10 euro se correlata patologia	esenti se correlata patologia
A08 Invalidi civili 100% >65 anni con inden. di accomp. invalidi minori con indenn.accomp. privi della vista (DM 5.2.92)	esenti	esenti	esenti
A05 invalidi minori indennità di frequenza	3,10 euro	3,10 euro	esenti
A06 privi della vista con residuo vis. Non > 1/10 in entrambi gli occhi	3,10 euro	3,10 euro	esenti
A07 sordomuti	3,10 euro	3,10 euro	esenti
B13 infortuni sul lavoro o affetti da malattie professionali	3,10 euro se correlata patologia	3,10 euro se correlata patologia	esenti se correlata patologia
Soggetti detenuti e internati o arresti domiciliari	esenti	-----	esenti
B15 vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	3,10 euro se correlata patologia	3,10 euro se correlata patologia	esenti se correlata patologia

TIPOLOGIA	RIABILITAZIONE	TERMALE	SPECIALISTICA
B26 Soggetti L. 210/92	3,10 euro se correlata patologia	3,10 euro se correlata patologia	esenti se correlata patologia
Minori di anni diciotto non in possesso del provvedimento di riconoscimento dell'invalidità che necessitano di prestazioni di riabilitazione al fine di prevenire una invalidità permanente	3,10 euro	50 euro	36,15 euro
Soggetti amputati (mastectomizzati, amputazione arti,laringectomizzati,tracheotomizzati,ileo-colonstomizzati,urostomizzati)	3,10 euro	50 euro	36,15 euro

*tali soggetti non sono tenuti alla partecipazione alla spesa sanitaria, compresa la quota ricetta, quando le prestazioni specialistiche e gli eventuali esami diagnostici sono effettuati al fine della predisposizione del "piano di trattamento individualizzato" e/o di verifica dello stesso (cfr. punto 2.6).** rientrano in questa categoria anche i soggetti in attesa del provvedimento di riconoscimento dell'invalidità da parte dell'autorità competente, ma che sono già stati sottoposti dalle Aziende Sanitarie alla visita di accertamento da parte della apposita commissione prevista dall'art.1 L.15.10.90 n.295 ed ai quali sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3 risultante dai verbali della commissione citata.

Oggetto: applicazione in ambito regionale dei Livelli di Assistenza e mobilità sanitaria interregionale

A seguito della decisione assunta, dagli assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome (allegata), nella riunione di coordinamento nazionale in riferimento alla materia in oggetto, si comunica quanto segue:

1. come è noto gli allegati A e B al DPCM 29 novembre 2001 individuano prestazioni da escludersi, totalmente (allegato 2A) o parzialmente (allegato 2B), dai livelli essenziali di assistenza.

Per maggiore chiarezza si riportano di seguito le prestazioni indicate negli allegati citati:

allegato A:

- Chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- circoncisione rituale maschile (codice nomenclatore 64.0)
- **Medicine non convenzionali: agopuntura (cod.99.91 "agopuntura per anestesia" ;cod 99.92 "altra agopuntura", cod 93.35.1 "agopuntura con moxa revulsivante")- fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche, fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia, nonché tutte le altre non espressamente citate)**
- **Vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero**
- **Certificazioni mediche(con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.)**
- prestazioni di medicina fisica riportate con il codice nomenclatore:
 - 93.31.1 esercizio assistito in acqua (individuale)
 - 93.31.2 esercizio assistito in acqua (di gruppo)
 - 93.31.3 idromassoterapia
 - 93.33.1 ginnastica vascolare in acqua (individuale
 - 93.33.2 ginnastica vascolare in acqua (di gruppo)
 - 93.34.1 diatermia ad onde corte e microonde radarterapia e marconiterapia
 - 93.35.4 ipertermia nas
 - 93.39.3 pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente
 - 93.43.1 trazione scheletrica
 - 99.27 ionoforesi
 - 93.39.1 massoterapia distrettuale-riflessogena
 - 99.88 "fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea
 - 99.29.7 mesoterapia

allegato 2B:

- prestazioni di odontoiatria (tutte le prestazioni indicate nella branca Q del nomenclatore tariffario)
- densitometria ossea
- prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (tutte le prestazioni indicate nella branca L del nomenclatore tariffario)
- chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri (codici 11.99.2; 11.99.3; 11.99.4)

2. Le medesime prestazioni (contenute negli allegati A e B), secondo quanto previsto nella decisione allegata, vengono escluse dalla compensazione interregionale, a far data dal 31 ottobre 2002, ritenendo, la stessa nota, erogabile il livello assistenziale della Regione di residenza del cittadino, salvo accordi diversi tra le Regioni.

Quanto riportato nella decisione allegata modifica le indicazioni precedentemente impartite da questo ufficio con nota n. 105/18767/06.01.09 del 5 luglio 2002, pari oggetto; le SS.LL. sono pertanto tenute a

sospendere la erogazione delle prestazioni sopra indicate, per le quali si applicavano le procedure di compensazione interregionale, ai cittadini non residenti. Ciò fino alla eventuale stipula di specifici accordi con altre Regioni, accordi che la Toscana ha intenzione di ricercare almeno per le Regioni confinanti e che saranno tempestivamente comunicati.

Nella decisione assunta dalle Regioni non viene contemplata la modalità di trattamento per i cittadini residenti in altra Regione con domicilio sanitario in Toscana; nelle more di un chiarimento in proposito si ritiene di dare indicazione di mantenere per tali cittadini il trattamento attualmente in essere per i cittadini residenti.

Prot.. 105/181/06.01.04

Firenze 7 gennaio 2003

Oggetto: applicazione in ambito regionale dei Livelli di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) e mobilità sanitaria interregionale

A seguito della precedente nota di pari oggetto, prot. 105/181/06.01.04 del 7 gennaio u.s., e a modifica ed integrazione della stessa si specifica quanto segue:

- le prestazioni di odontoiatria e le prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale, contenute nell'allegato 2B del DPCM in oggetto, in quanto escluse dalla compensazione interregionale, non sono erogabili ai cittadini non residenti. In riferimento alle medesime specialità, odontoiatria e medicina fisica, si ritiene altresì *erogabile, ai cittadini non residenti, la visita specialistica*, in assenza, ad oggi, di diverse interpretazioni in merito assunte a livello nazionale.

- Con accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano in materia di "iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora", sancito in data 8 maggio 2003, si prevede che l'iscrizione temporanea, ai sensi della normativa vigente, nell'elenco degli assistiti di un'azienda sanitaria locale da diritto

a ricevere tutte le prestazioni incluse nei livelli uniformi di assistenza di cui al DPCM in oggetto, *fatta eccezione per le prestazioni escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria*. Pertanto, diversamente a quanto disposto nella nostra precedente nota richiamata, i soggetti in argomento sono da ritenersi, a tutti gli effetti, cittadini non residenti e ad essi parificati come livello assistenziale garantito.

Il DPCM 29 novembre 2001 è ancora in fase di applicazione, nelle singole realtà regionali, e molte problematiche legate alla gestione del medesimo decreto sono in alcuni casi irrisolte o in fase di risoluzione o lasciate alla iniziativa delle stesse Regioni. Questo spiega le integrazioni e modifiche necessarie di cui ci scusiamo immaginando il disagio comunque arrecato.