

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2002, n. 3972.

**DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” - Disposizioni applicative. Terzo provvedimento.**

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

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001, pubblicato nella G.U. n. 33 dell' 8.2.2002, suppl. ord. n. 26, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Per l'attuazione del DPCM 29.11.2001, con deliberazione della Giunta Regionale n. 492 dell' 8.3.02, sono state fornite prime disposizioni applicative, confermando ed integrando quelle comunicate alle Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere della Regione Veneto dal Segretario Regionale Sanità e Sociale con nota n. 11034/50.01.00 del 26.2.02.

Con successiva deliberazione della Giunta Regionale n. 2227 del 9.8.2002, modificata ed integrata con decreto del Presidente della Regione n. 959 del 3.9.2002 e con deliberazione della Giunta Regionale n. 2736 del 30.9.2002, sono state adottate ulteriori disposizioni applicative del DPCM 29.11.01.

In particolare, con la succitata DGR n. 2227/02, si è stabilito tra l'altro:

- “di fissare con riferimento alle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001, i requisiti per l'accesso; le condizioni di prescrivibilità; le modalità di erogazione; le modalità di partecipazione alla spesa; nonché il termine di decorrenza dell'erogabilità delle prestazioni sia incluse sia escluse dai L.E.A, così come contenuti nell'allegato n 1 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo all'assistenza odontoiatrica; così come contenuti nell'allegato n.2 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo alla densitometria ossea; così come contenuti nell'allegato n.3 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, relativo alla Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale;”

- “di stabilire, per quanto riguarda le prestazioni relative alle Certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, che le prestazioni di certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva comprensive dei relativi accertamenti diagnostici così come previste dal Nomenclatore Tariffario approvato con D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997, ed identificate con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, DGR n. 850/99, sono erogabili ai soggetti di età inferiore ai 18 anni a totale carico del FSR senza alcuna partecipazione

alla spesa, quale livello assistenziale aggiuntivo a carico della Regione.

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

Le disposizioni di cui al presente punto entreranno in vigore il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione delle presente deliberazione nel BURV;”

- “di approvare l'allegato n. 5 al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e che è qui integralmente approvato, concernente le prestazioni socio sanitarie di cui all'allegato 1C del DPCM 29 novembre 2001, nel quale sono individuate le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, con l'indicazione delle modalità di applicazione delle stesse da parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione del Veneto, disponendo che a decorrere dall'1 ottobre 2002 le Aziende UU.LL.SS.SS. uniformano il proprio profilo erogativo a quanto previsto in detto allegato.”

Per quanto concerne l'allegato n. 5 della DGR 2227/02, lo stesso è stato portato all'esame della Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria che ha richiesto prima ai propri componenti osservazioni e proposte sul medesimo, poi, nella seduta del 28.10.2002, ha rappresentato l'opportunità che si costituisse un gruppo di lavoro tecnico, al fine sia di approfondire le tematiche concernenti i LEA socio-sanitari, sia di agevolare l'esame e la valutazione delle osservazioni pervenute sul contenuto dell'allegato in questione.

A far parte del gruppo tecnico sono stati chiamati il Presidente della Conferenza Permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, due Presidenti di Conferenza dei Sindaci, il Rappresentante dell'URPV, un Rappresentante dell'ANCIVENETO, due Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS., l'Assessore Regionale alle Politiche Sanitarie, l'Assessore Regionale alle Politiche Sociali e tre Dirigenti Regionali.

Il gruppo tecnico ha svolto i suoi lavori nel mese di novembre.

Le indicazioni del gruppo tecnico, sotto forma di valutazioni/proposte che si riferiscono sia all'impostazione generale del provvedimento, sia a quanto il provvedimento ha stabilito per le specifiche linee prestazionali, sono state recepite dalla Conferenza nella seduta del 9.12.2002.

In particolare, sono state proposte le modifiche all'allegato n.5 relative alle tipologie prestazionali di seguito riportate:

## AREA MATERNO INFANTILE

b) Mediazione Familiare (100% sanitario: livello aggiuntivo)

Prevedere quale livello aggiuntivo la mediazione anche a favore di coppie già separate che hanno figli minori.

d) ed e) Indagini sociali sulle famiglie di minori in stato di disagio etc. ed in stato di abbandono (100% sociale)

Precisare che laddove tali indagini siano funzionali alla formulazione di un progetto di riabilitazione, i relativi oneri devono intendersi a carico del Sanitario.

i) Prestazioni socio riabilitative a sostegno di minori affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico in regime semiresidenziale e residenziale (fino al 70% a carico del Sanitario - almeno il 30% a carico del Sociale)

Precisare che si tratta di prestazioni socio-riabilitative, non previste a livello nazionale tra i livelli essenziali di assistenza, in cui la componente sanitaria è assai variabile e in qualche caso marginale, con riserva di definire, con successivo atto, fasce di partecipazione alla spesa differenziate rispetto alla rilevanza sanitaria dell'intervento assistenziale.

Precisare, inoltre, che l'unità di valutazione multidisciplinare definisce la rilevanza sanitaria dell'intervento con la partecipazione dell'Assistente Sociale e che, laddove il minore abbisogni di prestazioni diagnostiche e terapeutiche nell'ambito di un progetto riabilitativo di particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, tale da superare il 70%, il setting assistenziale più appropriato deve essere individuato nell'ambito degli interventi di riabilitazione intensiva previsti alla lettera f) "area disabili" dell'allegato 5.

f) e g) Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi e accoglienza in comunità o affidamento familiare dei minori a seguito di provvedimento penale, civile o amministrativo di uno dei genitori (100% a carico sociale).

Precisare che laddove tali minori, a seguito di valutazione da parte dell'Ulss, si riscontrino affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico ovvero essere stati vittime di abusi, si applicano le fattispecie descritte, rispettivamente, alle lettere i) ed h) dell'allegato 5) alla DGR 2227/02.

## AREA DISABILI FISICI, PSICHICI E SENSORIALI

b) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato (100% in carico al Sanitario le prestazioni afferenti funzioni sanitarie; fino al 60% al Sanitario, comprensivo del contributo ai Comuni di cui al cap. 60043, l'assistenza diretta alla persona; 100% al sociale l'assistenza domiciliare semplice)

Precisare che le prestazioni di assistenza diretta alla persona, erogate da operatori diversi dall'infermiere pro-

fessionale, hanno un rilievo sia sanitario che sociale, in cui la componente sanitaria può essere minima. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali, con riserva di individuare i criteri per la classificazione degli utenti in fasce rispetto alla gravità del bisogno assistenziale, a cui far corrispondere differenziati livelli di partecipazione sanitaria.

Precisare, inoltre, che le disponibilità del capitolo 60043, se pur assegnate ai Comuni, sono alimentate dal Fondo Sanitario.

g) Prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione anche quando attengono al sollievo della famiglia a favore degli utenti dei CEOD (dal 60 al 75% a carico del Sanitario in base alla gravità e al grado di autonomia - livello superiore regionale).

Individuare, a modifica di quanto stabilito con la deliberazione n. 2227 del 9 agosto 2002, allegato 5), quale quota della spesa di parte sanitaria, la percentuale fissa del 67,5 %, individuata nella media tra la percentuale minima del 60% e la massima del 75%.

h, hh ed hhh) Prestazioni di residenzialità socio sanitaria presso le RSA, presso le apposite sezioni delle grandi strutture e presso le comunità alloggio sotto i 20 posti (RSA al 50% a carico del Sanitario; Apposite sezioni delle grandi strutture al 70% a carico del Sanitario; Comunità alloggio sotto i 20 posti al 30% a carico del Sanitario).

Precisare che si provvederà alla definizione della retta media, previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la programmazione socio - sanitaria.

Eliminare l'indicazione "sotto i 20 posti" alle Comunità alloggio, precisando che la definizione delle relative caratteristiche strutturali è rinviata ai provvedimenti applicativi della L.R. 22/02.

## AREA ANZIANI

b) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano di intervento individualizzato (prestazioni afferenti funzioni sanitarie al 100% a carico del Sanitario; prestazioni di assistenza diretta alla persona fino al 60% a carico del Sanitario, comprensivo dei contributi ai Comuni di cui al cap. 60043; assistenza domiciliare semplice al 100% a carico del sociale).

Precisare in ordine all'assistenza diretta alla persona, che non si tratta di prestazioni proprie dell'infermiere professionale, bensì di prestazioni, effettuate da operatori diversi che collaborano con l'infermiere professionale, di tipo socio-sanitario, in cui la componente sanitaria può essere minima. Tale componente non può che essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali, con riserva di individuare i criteri per la classificazione degli utenti in fasce rispetto alla gravità del bisogno assistenziale, a cui far corrispondere differenziati livelli di partecipazione sanitaria.

d) Prestazioni di semiresidenzialità socio sanitaria

presso i Centri diurni comprensive di prestazioni di mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, anche quando attengono al sollievo della famiglia (50% a carico del Sanitario con riferimento al valore medio della retta regionale. La convenzione ULSS/strutture garantisce le prestazioni e forniture sanitarie, secondo schema tipo approvato dalla Regione).

Precisare che l'importo della retta media sarà definito previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio - Sanitaria.

e) Prestazioni di residenzialità socio-sanitaria comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative presso le RSA, i NRSA a media intensità e altre strutture a ridotta/minima intensità sanitaria (50% a carico Sanitario con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard. La convenzione ULSS/strutture garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo schema convenzione tipo approvato da Regione).

Precisare che si provvederà alla determinazione della retta media previo parere della Conferenza Regionale per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria e che le problematiche connesse alla residenzialità per anziani saranno oggetto di approfondimento nel corso dei lavori del prossimo Piano Socio-Sanitario Regionale.

#### **AREA SALUTE MENTALE**

d) Prestazioni assistenziali e socio-riabilitative, compresi i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, in regime residenziale nella fase di lungoassistenza (comunità alloggio gruppi appartamento...) (Prestazioni afferenti funzioni sanitarie al 100% a carico del Sanitario; Assistenza tutelare e di collaborazione con figure infermieristiche e sostegno riabilitativo/educativo fino al 60% a carico del Sanitario; Assistenza alberghiera a carico del Sanitario fino al 20%)

Precisare che le determinazioni assunte per l'Area della Salute Mentale con la DGR 2227/02 sono conformi alle indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale che non viene alterato. In particolare, per quanto attiene alla lungoassistenza, essa assume gli stessi caratteri di quella assicurata ai Disabili.

Ritenute condivisibili le predette proposte, si propone di recepire le stesse con conseguente modifica dell'allegato n. 5 approvato con DGR 2227/02, così come da testo allegato al presente provvedimento (all. n. 1) di cui costituisce parte integrante.

Si propone altresì:

- di stabilire che, agli effetti economico-finanziari, la data del 1.1.2003 deve intendersi come termine ultimo per la decorrenza del riparto degli oneri, quale definito nell'allegato al presente provvedimento (all. n. 1) di cui costituisce parte integrante.

- di provvedere, con successivo atto e previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la Program-

mazione sanitaria e socio-sanitaria, alla definizione della retta media di cui alle prestazioni descritte alle lettere h) e hh) dell'Area Disabili e alle lettere d) ed e) dell'Area Anziani.

Si precisa, inoltre, che le determinazioni assunte con la deliberazione 2227 del 9 agosto 2002, con le modifiche e le integrazioni che si propone di apportare con il presente atto, devono intendersi vincolanti con particolare riferimento ai criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie e quindi al riparto dei relativi oneri, così come deve intendersi vincolante e, pertanto, non suscettibile di autonome definizioni a livello locale la determinazione delle tipologie prestazionali da assicurare tra i livelli di assistenza con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Come sopra evidenziato, la DGR n. 2227/02, ha fornito anche indicazioni sulle prestazioni relative alle certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva di cui all'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, comprensive dei relativi accertamenti diagnostici, così come previste dal Nomenclatore Tariffario approvato con DGR n. 4776 del 30.12.1997 ed identificate con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3.

Si è rilevato che, nell'ambito dell'attività di certificazione di cui sopra, al termine degli accertamenti diagnostici, può emergere la necessità di ulteriori accertamenti, oltre a quelli previsti nei richiamati codici del Tariffario: tali accertamenti, anche se finalizzati al rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva, sono giustificati da un fondato dubbio diagnostico sulle condizioni di salute del soggetto. Per cui, ritenuto prevalente l'interesse a garantire innanzitutto le condizioni di salute della persona, la cui verifica rientra tra gli scopi dell'attività di certificazione, si propone che gli "ulteriori accertamenti", al di là della contingenza del rilascio della certificazione, siano effettuati legittimamente secondo l'ordinario regime di partecipazione/esenzione alla spesa sanitaria per le prestazioni ambulatoriali e non a totale carico del richiedente.

Si propone, altresì, di procedere alla correzione di errore materiale nell'allegato 1, punto 1.2, della DGR 2227/02 dedicato all'"Assistenza odontoiatrica e protesica ai soggetti vulnerabili" sostituendo alla voce "tossicodipendenza" il codice 015, erroneamente attribuito, con il codice 014 ed espungendo i codici 015 per i deficit immunologici e 033 per i disordini emocoagulativi, che sono stati impropriamente indicati, trattandosi di patologie ricomprese all'interno dell'elenco delle malattie rare, che il medesimo provvedimento ha richiamato, e che non sono più presenti all'interno dell'elenco delle malattie cronico invalidanti vigenti.

Nell'allegato 1, la DGR 2227/02 prevede, nell'ambito delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica, programmi di tutela della salute in età evolutiva e determina la partecipazione alla spesa per il trattamento ortodontico annuo in euro 160,00. Conseguente-

mente, si precisa che la tariffa annua relativa ai trattamenti ortodontici, identificati dai codici regionali 24.70.1,2 e 3, è da intendersi adeguata al suddetto importo di euro 160,00, in attesa del provvedimento di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario previsto al punto 1.5 della DGR 2227/02.

La deliberazione n. 2227/02, infine, all'allegato 2, punto 2.2, individua, in particolare, le modalità di accesso alla prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione ambulatoriale a carico del SSN.

Più precisamente, detto provvedimento definisce procedure e verifiche per l'erogazione di prestazioni che devono essere appropriate sia in relazione alle esigenze del paziente, sia in termini di evidenza scientifica e clinica, per essere inserite all'interno dei livelli essenziali garantiti ai cittadini disabili. Sul punto, si ritiene opportuno fornire i seguenti chiarimenti e precisazioni.

Le disposizioni vigenti in materia di organizzazione delle attività di riabilitazione, così come definite nel provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni e Province Autonome del 7-5-1998, "Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" (G.U. n.124 del 30-5-1998), attuate con D.G.R.V. n.253 dell'1-2-2000, individuano come elemento determinante il Progetto Riabilitativo Individuale, che nasce e si fonda, evidentemente e necessariamente, su di una Visita specialistica Fisiatrica da cui scaturisce la prescrizione specifica delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie.

Le predette linee guida definiscono il progetto riabilitativo individuale quale "insieme di proposizioni elaborate dall'equipe riabilitativa coordinata dal medico responsabile" al cui interno il programma riabilitativo "definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi". Il medico coordinatore dell'equipe riabilitativa è "il medico specialista responsabile del progetto stesso".

Nel progetto si determinano e racchiudono la globalità delle attività riabilitative e, contemporaneamente, i tempi e gli obiettivi previsti in termini di recupero. Esso determina un ragionevole parallelismo tra efficacia clinica ed efficienza ed adeguatezza delle prestazioni, anche in termini organizzativi e finanziari per il SSN.

Lo Specialista Fisiatra è responsabile del Progetto e della prescrizione delle prestazioni, ma è, altresì, responsabile del coinvolgimento degli operatori indispensabili alla effettuazione delle prestazioni stesse. Il singolo professionista è investito della autonoma responsabilità della conduzione del Programma di cura ad esso affidato per competenza ed in piena autonomia deve poter rispondere sia della qualità ed adeguatezza degli atti compiuti, come della valutazione "in progress" degli effetti e dei comportamenti del paziente, onde concorrere tramite tutto ciò al monitoraggio complessivo del Progetto Riabilitativo.

Conseguentemente la responsabilità dell'elaborazione del programma all'interno del progetto riabilitativo non può essere che dello stesso medico specialista e l'attuazione dello stesso è del professionista a cui è, secondo i casi, affidato (Fisioterapista, Logopedista, Terapista occupazionale, Infermiere, Tecnico Ortopedico, talvolta alla stesso Fisiatra come nel caso di trattamenti manipolativi, infiltrativi etc., od anche ad altri professionisti come lo Psicologo etc.).

Il Programma mantiene sempre il legame intrinseco con il Progetto Riabilitativo Individuale, che è il solo che lo sostanzia e lo giustifica da ogni punto di vista.

Conseguentemente, laddove la DGR n.2227/02 dispone che "presso il presidio specialistico spetterà pertanto allo specialista fisiatra provvedere \_\_\_\_ alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo \_\_\_\_" si indicano modalità di accesso ed erogazione di prestazioni garantite dal SSN, che non innovano le competenze e le responsabilità riconosciute dalle norme vigenti ai singoli profili professionali, ma tengono conto della responsabilità attribuita al fisiatra del progetto riabilitativo individuale, all'interno del quale è inserito il programma riabilitativo come "insieme di proposizioni elaborate dall'equipe riabilitativa coordinata dal medico responsabile" che provvede alla stesura di detto insieme \_\_\_\_.

Si propone, pertanto, coerentemente con quanto stabilito dalle disposizioni vigenti in materia di organizzazione delle attività di riabilitazione, di integrare la deliberazione in questione, all'allegato 2, punto 2.2, laddove si prevede che "presso il presidio specialistico spetterà pertanto allo specialista fisiatra provvedere \_\_\_\_ alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo \_\_\_\_" precisando che lo stesso provvederà "assicurando l'apporto professionale specifico dei componenti l'equipe riabilitativa, coordinata dallo stesso, nel rispetto delle attribuzioni e competenze definite dalla vigente normativa per ogni specifico profilo professionale".

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

La Giunta regionale

Udito il Relatore Vice Presidente Assessore alle Politiche Sanitarie Fabio Gava, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali Antonio De Poli, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione statale e regionale;

Visto il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nel supplemento n. 26 alla G.U. n. 33 dell'8.2.2002;

Vista la propria deliberazione n. 2227 del 9.8.2002;

delibera

1. di approvare le modifiche all' allegato 5 della DGR n. 2227 del 9.8.2002, specificate in premessa, che sono riportate nell' allegato n.1 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, che sostituisce il predetto allegato n. 5;

2. di precisare che, agli effetti economico-finanziari, la data del 1.1.2003 è il termine ultimo per la decorrenza del riparto degli oneri, quale definito nell' allegato n.1 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

3. di riservarsi, con successivo provvedimento, previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, di provvedere alla definizione della retta media di cui alle prestazioni descritte alle lettere h) e hh) dell' Area Disabili e alle lettere d) ed e) dell' Area Anziani;

4. di precisare che le determinazioni contenute nell' allegato n.1 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, devono intendersi vincolanti con particolare riferimento ai criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie e quindi al riparto dei relativi oneri, così come deve intendersi vincolante e, quindi, non suscettibile di autonome definizioni a livello locale, la determinazione delle tipologie prestazionali da assicurare tra i livelli di assistenza con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale;

5. di sottoporre all' ordinario regime di partecipazione/esenzione alla spesa sanitaria per le prestazioni ambulatoriali e, quindi, non a totale carico del richiedente, gli "ulteriori accertamenti" che si rivelassero necessari, sia per i soggetti esenti sia per quelli non esenti, nell' ambito dell' attività di certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica di cui all' allegato 2A del DPCM 29.11.2001, oltre agli accertamenti identificati con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3 del Nomenclatore Tariffario;

6. di correggere l' errore materiale nell' allegato 1, punto 1.2, dedicato all' "Assistenza odontoiatrica e protesica ai soggetti vulnerabili" della DGR n. 2227/2002, sostituendo alla voce "tossicodipendenza" il codice 015 con il codice 014 ed espungendo i codici 015 per i deficit immunologici e 033 per i disordini emocoagulativi dall' elenco dei soggetti vulnerabili;

7. di modificare la DGR n. 2227 del 9-8-2002, all' allegato 2, punto 2.2, pag. 2, sostituendo il secondo alinea con il seguente: "Presso il presidio specialistico spetterà pertanto allo specialista fisiatra provvedere alla effettuazione delle visita fisiatrica, alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo, assicurando l' apporto professionale specifico dei componenti l' equipe riabilitativa, coordinata dallo stesso, nel rispetto delle attribuzioni e competenze definite dalla vigente normativa per ogni specifico

profilo professionale, ed alla prescrizione su un apposito modulo/ricetta aggiuntivo delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie, da effettuarsi presso il medesimo centro";

8. di adeguare la tariffa annua relativa ai trattamenti ortodontici, identificati dai codici regionali 24.70.1,2 e 3, all' importo di euro 160,00, in attesa del provvedimento di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario previsto al punto 1.5 della DGR 2227/02.

(segue allegato)



<p>f) interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi compresi gli interventi di assistenza e accoglienza in comunità. *</p> <p><b>* Si precisa che laddove tali minori, a seguito di valutazione da parte dell'Ulss, si riscontrino affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico ovvero essere stati vittime di abusi, si applicano le fattispecie descritte, rispettivamente, alle successive lettere i) ed h).</b></p>		100%
<p>g) accoglienza in comunità o affido familiare dei minori, a seguito di provvedimento penale o civile o amministrativo di uno dei genitori. *</p> <p><b>* Si precisa che laddove tali minori, a seguito di valutazione da parte dell'Ulss, si riscontrino affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico ovvero essere stati vittime di abusi, si applicano le fattispecie descritte, rispettivamente, alle successive lettere i) ed h).</b></p>		100%
<p>h) interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi (compreso il trattamento medico e psicologico del minore e della sua famiglia, e interventi di collegamento con i Servizi Sociali e le comunità educative o familiari.</p>	<p>I. 66/1996 L.R. 41/1997 I. 269/1998 d.m. sanità 24 aprile 2000 "Progetto obiettivo materno infantile"</p>	100%
<p>i) prestazioni socio-riabilitative a sostegno di minori affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico in regime semiresidenziale e residenziale (livello ulteriore regionale).*</p> <p><b>* Si precisa che si tratta di prestazioni socio-riabilitative, non previste a livello nazionale tra i livelli essenziali di assistenza, in cui la componente sanitaria è assai variabile e in qualche caso marginale. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.</b></p>	<p>I. 833/1978 linee guida per le attività di riabilitazione</p>	<p>fino al 70%</p> <p>almeno 30%</p>

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				Spesa Sanitaria	Spesa Sociale
DISABILI FISICI, PSICHICI, SENSORIALI	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	<p>a) prestazioni, ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza psicologica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero funzionale</p> <p>b) assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni afferenti funzioni sanitarie</li> <li>- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione alle figure infermieristiche) *</li> <li>- prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno al l'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di aiuto-auto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico)</li> </ul> <p><b>* Si precisa che le prestazioni di assistenza diretta alla persona, erogate da operatori diversi dall'infermiere professionale, hanno un rilievo sia sanitario che sociale, e che la componente sanitaria può essere minima. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.</b></p> <p>*** Comprensivo del contributo ai Comuni di cui al capitolo 60043. <b>Si precisa che le disponibilità del capitolo 60043, se pur assegnate ai Comuni, sono alimentate dal Fondo Sanitario.</b></p> <p>c) assistenza domiciliare semplice (SAD)</p> <p>d) assistenza protesica</p>	l. 833/1978 articolo 25 l. 833/1978 articolo 26 Provv. Conf. Stato-Regioni 7 maggio 1998 "Linee guida per le attività di riabilitazione" recepito con DGR n.253/2000 DGRV 5273/98	100%	
				100%	Almeno il 40%
				Fino al 60%***	100%
				100%	100%





AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	ONERI FINANZIARI (% di attribuzione della spesa)	
				Spesa sanitaria	Spesa sociale
ANZIANI	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti	a) prestazioni, ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e di recupero funzionale di soggetti non autosufficienti	L. 833/1978 articolo 25 Progetto obiettivo Anziani	100%	
		b) assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni afferenti funzioni sanitarie</li> <li>- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione con le figure infermieristiche) **</li> <li>- prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico)</li> <li>- assegni di cura di cui alla L.R. n.28/91 e all'art. 40 L.R. n.5/2001 (livello superiore regionale)</li> <li>- iniziative di teleseccorso e teleassistenza di cui al capitolo 60053...(livello superiore regionale)</li> </ul> * fatta salva la quota di compartecipazione dell'utente di cui alla DGR. N.2509/97 <b>** Si precisa che non si tratta di prestazioni proprie dell'infermiere professionale, bensì di prestazioni effettuate da operatori diversi che collaborano con l'infermiere professionale, di tipo socio-sanitario, e che la componente sanitaria può essere minima. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.</b> *** comprensivo del contributo ai Comuni di cui al cap.60043. <b>Si precisa che le disponibilità del capitolo, se pure assegnate ai Comuni, sono alimentate dal Fondo Sanitario.</b>			
		c) assistenza domiciliare semplice (SAD)			100%

	<p>d) prestazioni di semiresidenzialità socio-sanitaria presso i centri diurni di cui alla DGR n. 751/2000, tab. 2, comprensive di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, anche quando attengono al sollievo alla famiglia</li> </ul> <p>* con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard regionali, <b>previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria.</b></p> <p>La convenzione tra ULSS e Strutture semiresidenziali garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione tipo approvato dalla Regione</p>	<p>Linee guida Ministero sanità 31 marzo 1994 l. 67/1988 l. 451/1998 d.lgs. 229/1999 d.p.r. 23 luglio 1998 "Piano sanitario 1998-2000 DGRV 3072/01 DGRV 751/2000 DGRV 2208/2001 DGRV 702/2001</p>	50%*	50%*
	<p>e) prestazioni di residenzialità socio-sanitaria comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative presso le RSA, i NRSA a media intensità e altre strutture a ridotta/minima intensità sanitaria di cui alla tab.2 DGR 751/2000</p> <p>NOTA per quanto riguarda gli stati vegetativi permanenti e l'alta protezione Alzheimer e malattie dementiene nonché le apposite sezioni delle grandi strutture di cui alla DGR 2537/2000 (IRE) si applicano le direttive di cui alle DDGR n.702/2001; n2208/2001 e n.2537/2000.</p> <p>* con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard, <b>previo parere della Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria.</b></p> <p>La convenzione tra ULSS e Strutture residenziali garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione tipo approvato dalla Regione</p>		50%*	

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	COSTI DI NATURA	
				sanitaria	sociale
SALUTE MENTALE	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, riabilitative e socio riabilitative, secondo il piano di intervento individualizzato	d.p.r. 10 novembre 1999 "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998/2000 DGR4080/2000 L.R.16/01 DGR 3350/2001	100%	
		b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale, secondo il piano di intervento individualizzato		100%	
		c) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il piano di intervento individualizzato			
		d) prestazioni assistenziali e socio riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, in regime residenziale nella fase di lungoassistenza (comunità alloggio, gruppi appartamento, ecc.):  - prestazioni afferenti funzioni sanitarie  - assistenza tutelare e di collaborazione alle figure infermieristiche e sostegno riabilitativo/educativo  - assistenza alberghiera (comunità alloggio; gruppi appartamento)		100%	Almeno il 40%
				Fino al 60%	Almeno l'80%
				Fino al 20%	
		<p>N.B.</p> <p>1) La conclusione della fase estensiva e il passaggio alla fase di lungoassistenza è definita mediante apposito momento valutativo multiprofessionale dell'UVMD sulla base del piano di intervento individualizzato.</p> <p>2) Per le situazioni pregresse, transitate nella fase di lungoassistenza, nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari con spesa storicizzata a carico del SSN, l'introduzione del concorso alla spesa di parte sociale può riguardare esclusivamente i redditi propri dell'utente, fermo restando quanto previsto dall'art.40 della legge regionale n. 3/1998 e successive modifiche ed integrazioni</p> <p>3) <b>Si precisa che le determinazioni assunte per l'Area della Salute Mentale sono conformi alle indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale che non viene alterato. In particolare, per quanto attiene alla lungoassistenza, essa assume gli stessi caratteri di quella assicurata ai Disabili.</b></p>			

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI NORMATIVE	COSTI DI NATURA	
				sanitaria	sociale
DIPENDENZE DA SOSTANZE PSICOATTIVE E	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei tossicodipendenti e alcolodipendenti e/o alle famiglie	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative ambulatoriali e domiciliari ivi comprese quelle erogate durante il periodo della disassuefazione	D.P.R. n. 309/90 L. n. 45/99 Accordo Stato-Regione del 21.1.199 L. 125/01	100%	
		b) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale		100%	
INFEZIONI DA HIV	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore degli affetti da HIV	c) programmi di riabilitazione e di reinserimento sociale e lavorativo per tutta la fase di tossicodipendenza o alcolodipendenza	L. 135/90 D.P.R. 8.6.2000 "Progetto obiettivo AIDS" DIDGR riparto varie trasferimenti statali + DGR n.1773/2002	100%	100%
		e) programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorchè sia superata la fase di tossicodipendenza o alcolodipendenza		100%	
		f) programmi di prevenzione primaria specificamente rivolti alle sostanze psicoattive			
		g) prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale, nonché rilevazione e analisi delle cause di disagio familiare e sociale			100%
		a) prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare			
		b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale nella fase intensiva ed estensiva		100%	
		c) prestazioni di cura e di riabilitazione nella fase di lungoassistenza e accoglienza in regime residenziale			
		d) programmi di reinserimento sociale e lavorativo		Fino al 60%	Almeno il 40%
		N.B.			
PAZIENTI TERMINALI	Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei pazienti terminali	1) La conclusione della fase estensiva e il passaggio alla fase di lungoassistenza è definita mediante apposito momento valutativo multiprofessionale dell'UVMD sulla base del piano di intervento individualizzato.	L. n. 39/99 DGR5273/98 DGR 2980/2000	100%	
		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliari, semiresidenziale, residenziale			