

Delibera n° 1783

Estratto del processo verbale della seduta del
22 settembre 2017

oggetto:

DPCM 12.1.2017: AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE REGIONALI AGGIUNTIVE (EXTRA LEA).

Debora SERRACCHIANI	Presidente	assente
Sergio BOLZONELLO	Vice Presidente	presente
Loredana PANARITI	Assessore	presente
Paolo PANONTIN	Assessore	presente
Francesco PERONI	Assessore	assente
Mariagrazia SANTORO	Assessore	presente
Cristiano SHAURLI	Assessore	assente
Maria Sandra TELESCA	Assessore	presente
Gianni TORRENTI	Assessore	presente
Sara VITO	Assessore	presente

Gabriella DI BLAS Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il quale, in particolare, all'articolo 1, commi 1, 2, 3, 6, 7 e 8, ai fini della tutela della salute, quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, stabilisce che:

- il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie, e le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- i livelli essenziali di assistenza comprendono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni relative alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale;
- sono poste a carico del Servizio sanitario tipologie di assistenza, servizi e prestazioni che, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, presentano evidenze scientifiche di significativo beneficio in termini di salute a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
- prestazioni innovative possono essere erogate in strutture sanitarie esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della salute;

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 29.4.1998 n. 124 ai sensi del quale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza posti a carico del Servizio sanitario nazionale sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa, finalizzata a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse;

Visto, altresì, l'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/1992 che definisce prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, quei bisogni di salute della persona che richiedono prestazioni sanitarie unitariamente ad azioni di protezione sociale al fine di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione, classificandole in:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite (comma 2a);
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute (comma 2b);
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, cioè le attività caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative (4 comma);

Atteso che ai sensi del su richiamato articolo 3, del D.Lgs. 502/1992, con atto di indirizzo e coordinamento:

- vengono individuate le prestazioni riconducibili alla tipologia di prestazione sanitaria a rilevanza sociale e di prestazione sociale a rilevanza sanitaria,

precisando i criteri di finanziamento delle stesse, per quanto compete alle Aziende sanitarie ed ai Comuni (comma 3);

- vengono individuate le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria le quali sono assicurate dalle aziende sanitarie e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali (commi 3 e 5);
- sono definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario le quali sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento, (commi 3 e 6);
- vengono stabiliti i criteri sulla base dei quali la Regione determina il finanziamento delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (comma 6);

Atteso, altresì, che ai sensi dell'articolo 3, quinquies, comma 1 lettera c) del D.Lgs. 502/1992, il distretto sanitario deve garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;

Visto l'articolo 24 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, recante il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria, il quale, in merito alle strutture ed agli interventi a rilevanza sociosanitaria, conferma che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende sanitarie e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. In particolare, vengono garantite le prestazioni sanitarie di assistenza medica primaria, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica presso le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, per disabili, per i minori, per le persone con disturbi della salute mentale e per le persone con dipendenze;

Visto il DPCM 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", adottato ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 septies, del D.Lgs. n. 502/1992, con il quale, in particolare, viene precisato che:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono di competenza delle Aziende sanitarie ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi, si esplicano attraverso diverse tipologie di interventi, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata e sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza;
- le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate dalle Aziende sanitarie, sono a carico del fondo sanitario;

Preso atto che il DPCM 14 febbraio 2001, comunque, all'articolo 4, comma 1 stabilisce che la Regione, nell'ambito della programmazione degli interventi sociosanitari determina gli obiettivi, le funzioni e i criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto della tabella allegata al DPCM in parola;

Precisato, quindi, che il DPCM 14 febbraio 2001:

- rinviando per le competenze istituzionali all'erogazione delle prestazioni a

quanto stabilito dal D.Lgs. 502/1992, rimanda alle Regioni la concreta individuazione delle prestazioni sociosanitarie da comprendersi nei livelli essenziali di assistenza;

- come dalla tabella recante “Prestazioni e criteri di finanziamento”, prevista dall’articolo 4 comma 1, stabilisce che sulla base dell’intensità assistenziale, suddivisa in relazione a fasi temporali, viene individuata l’istituzione cui attribuire l’onere finanziario degli interventi, e, quindi:
 - nella fase intensiva, di durata breve e definita, gli oneri sono completamente posti a carico dei fondi per la sanità;
 - nella fase estensiva, con progetto assistenziale di medio e prolungato periodo definito, gli oneri sono a carico sia dei fondi per la sanità che dei fondi per i comuni, in relazione alla quota non coperta dall’utente;
 - nella fase di lungoassistenza, gli oneri sono posti per la maggior parte a carico dei fondi per i comuni, in relazione alla quota non coperta dall’utente;

Visto l’articolo 6, comma 1, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, ai sensi del quale con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, e d’intesa con la Conferenza permanente fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell’articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Premesso che in data 22 novembre 2001 è stato sancito l’Accordo tra il Governo, le Regione e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria;

Atteso che il DPCM 29 novembre 2001, pubblicato sul supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 di data 8 febbraio 2002, recava, ai sensi dell’articolo 1 del DLGS 502/1992 e dell’articolo 6 del DL 347/2001, la definizione dei livelli essenziali di assistenza;

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n.190, e dall’articolo 9-septies del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2015, n. 125, la quale prevede l’aggiornamento dell’innanzi citato DPCM 29 novembre 2001, nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica;

Vista l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancita il 7 settembre 2016 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Repertorio Atti n.: 157/CSR del 7/9/2016), sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze riguardante l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato sul supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 65 di data 18 marzo 2017, il quale definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del DLGS 502/1992;

Preso atto che il DPCM 12 gennaio 2017 è entrato in vigore in data 19 marzo 2017, giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla GURI;

Rilevato che ai sensi del suddetto nuovo DPCM 12 gennaio 2017 e dei relativi allegati, i livelli essenziali di assistenza (LEA), di seguito indicati, sono articolati in attività, servizi e prestazioni:

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica (art. 1 nonchè allegato 1 del DPCM);
- b) assistenza distrettuale (artt. da 3 a 20, in particolare artt. da 21 a 35 per assistenza sociosanitaria, nonchè allegati 2, 3, 4, 4A, 4B, 4C, 4D, 5, 7, 9, 11 e 12 del DPCM);
- c) assistenza ospedaliera (artt. da 36 a 49, nonchè allegati 6A e 6B del DPCM);

Rilevato, altresì, che anche il nuovo DPCM reca disposizioni per l'assistenza specifica a persone appartenenti a particolari categorie (artt. da 50 a 63, nonchè allegati 7, 8, 8bis, 10A, 10B e 10C del DPCM);

Preso atto che il DPCM 12 gennaio 2017 prevede tempistiche diverse di applicazione delle disposizioni in esso contenute, ed, in particolare, ai sensi dell'articolo 64 recante "Norme finali e transitorie", dispone che:

- con successivi appositi accordi da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta del Ministro della salute, siano fissati i criteri uniformi per l'individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni che il DPCM demanda alle regioni ed alle province autonome (comma 1);
- le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati del citato DPCM (allegati 4, 4A, 4B, 4C e 4D), entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8 sexies, comma 5, del DLGS 502/1992, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Sino alla suddetta data trovano applicazione l'attuale nomenclatore tariffario nazionale della specialistica ambulatoriale di cui al DM 22 luglio 1996, nonché le disposizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale di cui al DM 9 dicembre 2015. Altresì, fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto nell'allegato 8bis, successivamente troverà applicazione l'allegato 8 (comma 2);
- le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a), dell'articolo 17 (allegato 5), entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8 sexies, comma 7, del DLGS 502/1992, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni (comma 3);
- le disposizioni in materia di malattie rare, di cui all'articolo 52 e all'allegato 7, entrino in vigore dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del citato decreto; entro tale data la Regione adeguerà la rete regionale per le malattie rare con l'individuazione dei relativi Presidi e i Registri regionali (comma 4);
- il DPCM 29 novembre 2001 sia abrogato, fermo restando quanto previsto

dai commi 2, 3 e 4 su richiamati;

Preso atto, conseguentemente, che non necessita di ulteriore regolamentazione a livello statale l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017 come di seguito indicato:

- aree delle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, di cui all'articolo 2 e relativo allegato 1;
- in merito alle aree di attività dell'assistenza distrettuale di cui all'articolo 3:
 - assistenza sanitaria di base (artt. 4, 5 e 6);
 - assistenza sanitaria territoriale (art. 7);
 - assistenza farmaceutica (artt. 8 e 9);
 - assistenza integrativa (artt. dal 10 al 14, nonché allegati 2, 3 e 11);
 - assistenza protesica (artt. 17, 18 e 19, nonché allegati, 5, 7 e 12), fermo restando quanto previsto al comma 3 dell'articolo 64 per i dispositivi su misura;
 - assistenza termale (art. 20, nonché allegato 9);
 - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (artt. da 21 a 28);
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (artt. da 29 a 35);
- in merito alle aree di attività di assistenza ospedaliera di cui all'articolo 36:
 - pronto soccorso (art. 37);
 - ricovero ordinario per acuti (artt. 38 e 39, nonché allegato 6A);
 - day surgery (artt. 40 e 41, nonché allegato 6B);
 - day hospital (artt. 42 e 43);
 - riabilitazione e lungodegenza post acuzie (artt. 44 e 45);
 - centri antiveleno (art. 46);
 - attività trasfusionali (art. 47);
 - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti (48 e 49);
- assistenza specifica a particolari categorie (artt. da 50 a 63, nonché allegati 7, 8, 8bis, 10A, 10B e 10C), fermo restando quanto previsto al comma 4 dell'articolo 64, per l'entrata in vigore differita;

Atteso, quindi, che:

- come sopra indicato, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del D.Lgs. 502/1992, le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 502/1992, le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli essenziali di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, ferma restando la partecipazione della spesa;
- ai sensi dell'articolo 1, comma 144, della Legge 23.12.1996, n. 662, a decorrere dal 1997 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia provvede comunque con risorse del proprio bilancio al finanziamento dell'assistenza sanitaria regionale;
- ai sensi dell'articolo 3 septies, comma 8, del D.Lgs. 502/1992, fermo restando quanto previsto dal comma 5 di detto articolo nonché dall'articolo 3, quinquies, comma 1 lettera c), sempre del D.Lgs. 502/1992, le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali i comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari;

Considerato, quindi, che i Livelli essenziali di assistenza sono l'espressione delle

scelte effettuate mediante il ricorso ai seguenti criteri:

- misura di finanziamento, per trasformare le risorse a disposizione nelle risposte ai bisogni;
- attività da garantire, per individuare le aree di offerta di prestazione;
- processo assistenziale, per definire il progetto di cura e sostegno alla persona, attraverso la presa in carico;
- appropriatezza delle prestazioni e del setting assistenziale;

Precisato che la Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), nel disciplinare l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, in particolare all'articolo 56 stabilisce che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria sono a carico delle Aziende sanitarie;

Atteso che alla cittadinanza è assicurata l'erogazione delle prestazioni attraverso l'attività dei soggetti erogatori pubblici (aziende sanitarie) e dei soggetti privati autorizzati, accreditati o titolari di accordi contrattuali con la Regione ai sensi degli articoli 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e degli articoli 49 e 50 della LR 17/2014;

Precisato che, ai sensi dell'articolo 50, comma 3, della legge regionale 17/2014, i rapporti economici con gli erogatori privati di servizi sanitari si regolano tramite repertori prestazionali o nomenclatori tariffari per singola prestazione o, in alternativa, per specifici percorsi assistenziali onnicomprensivi. Le strutture sociosanitarie si remunerano per giornata di ospitalità connessa con l'intensità assistenziale dell'ospite tenendo anche conto della situazione reddituale;

Ritenuto, quindi, di specificare gli elementi che determinano:

- la tariffa a livello regionale, quale sistema di remunerazione per le attività sociosanitarie in strutture residenziali e semiresidenziali, in relazione al costo complessivo per giornata per utente, come di seguito indicato:
 - costo per prestazione sanitaria e sociosanitaria: comprende i costi integrali relativi al personale sanitario (ad esempio infermieri, fisioterapisti, psicologi), al personale socio-assistenziale (ad esempio OSS) ed educativo;
 - costo di ammortamento: comprende quota parte dei costi relativi a ammortamenti, manutenzione ordinaria e straordinaria;
- la partecipazione dell'utente alla spesa per le attività sociosanitarie in strutture residenziali e semiresidenziali come di seguito indicato:
 - costo delle prestazioni strumentali: comprende i costi alberghieri ed i costi amministrativi;
 - costo per prestazione sanitaria e sociosanitaria: comprende i costi relativi al personale sanitario (ad esempio infermieri, fisioterapisti, psicologi), al personale socio-assistenziale (ad esempio OSS) ed educativo, per la differenza;

Precisato che non rientrano nella determinazione della tariffa le spese per l'assistenza medica (MMG), farmaceutica, specialistica protesica, per gli accertamenti diagnostici e per la fornitura per preparati per nutrizione artificiale, posti totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale;

Ritenuto, per quanto sopra, di definire, per il Servizio sanitario regionale, i livelli sanitari e sociosanitari aggiuntivi rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale, tenuto conto delle disposizioni di cui alla normativa innanzi richiamata inerente anche ai principi che devono orientare detta determinazione quali il bisogno di salute, la dignità della persona, l'equità nell'accesso alle cure, l'economicità e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse a disposizione in relazione ai vincoli di bilancio;

Ritenuto, pertanto, di individuare nelle tabelle di cui all'allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie aggiuntive ai livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017, con le relative valorizzazioni economiche;

Precisato che le valorizzazioni economiche indicate nelle tabelle di cui all'allegato 1 sono oggetto di variazione in relazione alle disponibilità di bilancio definite annualmente per il Servizio sanitario regionale;

Atteso che l'individuazione a livello regionale dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria aggiuntiva (c.d. assistenza extra LEA) può essere ricondotta a una delle seguenti tipologie:

- qualitativa: si riferisce alla scelta dell'Amministrazione regionale di garantire prestazioni aggiuntive rispetto a quanto stabilito a livello statale; in questo caso si considera "extra LEA" l'assistenza ulteriore garantita a livello regionale e non a livello nazionale;
- quantitativa: si riferisce alla scelta dell'Amministrazione regionale di:
 - a. estendere un certo tipo di assistenza a una platea maggiore di utenti rispetto a quanto previsto a livello nazionale (ad esempio fascia di età più ampia); in questo caso si considera "extra LEA" la differenza economica derivante dall'erogazione dell'assistenza ad una platea di utenza più ampia prevista a livello regionale rispetto a quella prevista a livello nazionale;
 - b. riconoscere uno standard strutturale (ad esempio numero di posti letto per abitante) superiore rispetto a quello stabilito a livello statale; in questo caso si considera "extra LEA" la differenza tra i posti letto previsti dalla normativa nazionale e quelli in più garantiti a livello regionale;

Su proposta dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

La Giunta regionale,

delibera

1. nell'ambito del Servizio sanitario regionale sono garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 e molti di detti livelli, i cui principali atti sono di seguito indicati nei punti dal numero 6 al numero 11, trovano già applicazione nell'ambito dell'assistenza sino ad oggi assicurata a livello regionale;
2. oltre a quanto disposto al punto 1), per il Servizio sanitario regionale, sono individuate nelle tabelle di cui all'allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie aggiuntive (extra LEA)

riferite ai livelli essenziali di assistenza come definiti dal DPCM 12 gennaio 2017, con le relative valorizzazioni economiche;

3. le prestazioni sanitarie erogabili sono individuate sulla base dell'evidenza scientifica e dell'efficacia terapeutica;
4. le valorizzazioni economiche delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, indicate nella tabella di cui al punto 2, lettera a), sono finalizzate a stimare complessivamente l'ammontare di spesa necessaria ad assicurare le prestazioni extra LEA, non sono da considerarsi elementi per il riparto e l'assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e sono nello specifico variabili in relazione alle disponibilità di bilancio definite annualmente per il Servizio sanitario regionale;
5. con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 52 e al relativo allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017, le quali ai sensi dell'articolo 64, comma 4, di detto Decreto entrano in vigore il centottantesimo giorno successivo alla sua entrata in vigore, si precisa che con la deliberazione giuntale n. 1002 del 1 giugno 2017 sono state adeguate le reti dei gruppi di malattie rare e sono stati individuati i relativi centri coordinatori;
6. per quanto sopra, non trova più completa applicazione la deliberazione giuntale n. 2747, del 29 luglio 2002, recante "Provvedimenti urgenti in materia sanitaria";
7. relativamente alla Prevenzione collettiva e sanità pubblica, fermo restando quanto indicato all'articolo 2 del DPCM 12 gennaio 2017, trova applicazione la deliberazione giuntale n. 2365 del 27 novembre 2015, recante il piano regionale della prevenzione 2014-2018 della Regione Friuli Venezia Giulia;
8. relativamente all'Assistenza distrettuale, fermo restando quanto indicato agli articoli dal 3 al 20 del DPCM 12 gennaio 2017:
 - a. in merito all'articolo 6 per l'assistenza ai turisti trova applicazione la deliberazione giuntale n. 491, di data 11 marzo 2005, recante la determinazione delle tariffe per il servizio di guardia medica turistica;
 - b. in merito all'articolo 7, per l'emergenza sanitaria territoriale, trova applicazione la deliberazione giuntale n. 2039 del 16 ottobre 2015 recante il piano dell'emergenza urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia, nonché il Decreto del Presidente della Regione n. 19 del 18 gennaio 2017 recante il regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO dei soggetti che svolgono l'attività di trasporto sanitario;
 - c. in merito all'articolo 8, l'assistenza farmaceutica è garantita dal SSR attraverso le farmacie convenzionate in applicazione delle norme nazionali in materia. Le farmacie pubbliche e private pianificate nel territorio regionale erogano inoltre assistenza farmaceutica in nome e per conto del SSR in applicazione alla DGR n. 1466, del 1 agosto 2014, allegato 1, capitolo I. In riferimento ai servizi erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del SSR ai sensi dell'art. 11, comma 1 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, continuano a trovare applicazione le disposizioni della DGR n. 1466, del 1 agosto 2014, allegato 1, capitolo III, in ambito di servizio CUP e della DGR n. 1674,

- del 9 settembre 2016, recante "Approvazione schema di accordo regionale finalizzato alla partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma colon retto";
- d. in merito all'articolo 9, relativamente all'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta attraverso i servizi territoriali ed ospedalieri per garantire i medicinali necessari ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, trovano applicazione le disposizioni della DGR n. 1488, di data 28 luglio 2010, così come modificata e integrata dalla deliberazione giunta n. 1466, dd 1 agosto 2014, allegato;
- e. in merito agli articoli 11 e 12 relativi all'erogazione dei dispositivi medici monouso, le disposizioni previste dalla deliberazione giunta n. 2190, del 13 dicembre 2012, recante le linee guida regionali per l'assistenza protesica, sono estese agli ausili per tracheostomia, ai prodotti per il trattamento delle lesioni cutanee e agli ausili per incontinenza fecale, come da allegato 2 al DPCM 12 gennaio 2017;
- f. in merito all'articolo 13 relativo all'erogazione dei presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare, trova applicazione la DGR n.1253, del 30 maggio 2005, "Modalità di prescrizione ed utilizzo degli ausili diagnostici per la rilevazione della glicemia nelle persone affette da diabete" così come modificata dalla DGR n. 161, del 3 febbraio 2006. Per i pazienti affetti dalle malattie rare di cui all'allegato 3 del DPCM 12 gennaio 2017, i fabbisogni dei dispositivi medici per il diabete sono definiti dallo specialista diabetologo o dal medico della rete per le malattie rare che ha in carico il paziente e l'erogazione è garantita in forma diretta dall'Azienda sanitaria di residenza dell'assistito. Le prestazioni relative all'erogazione dei dispositivi innovativi inclusi nell'allegato 3 del DPCM 12.01.2017 sono disciplinate dalla deliberazione giunta n. 303, del 24 febbraio 2017, recante le linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia nei pazienti diabetici;
- g. in merito all'articolo 14 per l'erogazione dei prodotti dietetici trovano applicazione le seguenti deliberazioni giuntali:
- DGR n. 1327, del 15 aprile 1994, "L.548/1993: disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica. Programma attuativo";
 - DGR n. 1394, del 16 maggio 2003, "DGR 6033/1991: atto d'indirizzo e coordinamento per la regolamentazione dell'assistenza farmaceutica integrativa regionale - AFIR. Aggiornamento";
 - DGR n. 1891, del 28 luglio 2005, recante "Erogazione a carico del Servizio sanitario regionale di alimenti destinati a un'alimentazione particolare a favore di pazienti affetti da malattie metaboliche congenite e di pazienti con insufficienza renale cronica";
 - DGR n. 631, del 22 marzo 2007, recante "modalità di erogazione di prodotti privi di glutine a soggetti affetti da morbo celiaco", come confermata dalla LR n. 12, 23 luglio

2009;

- DGR n. 1224, del 28 maggio 2009, recante "Registro nazionale degli alimenti destinati ad una alimentazione particolare di cui al DM 08.06.2001: disposizioni per l'erogazione a carico del servizio sanitario regionale".

Con riferimento alla fornitura gratuita dei preparati addensanti a favore di persone con disfagia grave affette da malattie neurodegenerative, in via provvisoria le Aziende sanitarie attivano percorsi interni che garantiscano la prestazione in forma diretta;

- h. in merito all'articolo 15 e 16 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, fermo restando quanto disposto dall'articolo 64, comma 2, del DPCM 12 gennaio 2017, trovano applicazione per l'odontoiatria sociale le deliberazioni n. 1060, del 10 giugno 2016, e n. 1905, del 14 ottobre 2016, recanti il programma regionale di odontoiatria sociale. Con riferimento alle prestazioni di adroterapia, il centro di coordinamento regionale è individuato nell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano;
 - i. in merito agli articoli 17, 18 e 19, e allegati 11 e 12 del DPCM 12 gennaio 2017, per l'assistenza protesica trova applicazione la deliberazione giuntale n. 2190, del 13 dicembre 2012, recante le linee guida regionali per l'assistenza protesica unitamente al prontuario regionale degli ausili e delle protesi ed allo schema di contratto di comodato d'uso dei dispositivi, sino all'individuazione di nuove misure di semplificazione della procedura di erogazione;
 - j. in merito all'articolo 20, per l'assistenza termale, trova applicazione la deliberazione giuntale 1343, del 15 luglio 2016, recante la definizione delle risorse economiche per accordi contrattuali in materia di accreditamento istituzionale degli stabilimenti termali;
9. relativamente all'Assistenza sociosanitaria, fermo restando quanto indicato agli articoli dal 21 al 35 del DPCM 12 gennaio 2017:
- a. in merito all'articolo 21, comma 2, per i percorsi assistenziali integrati, trovano applicazione la deliberazione giuntale n. 2843 del 24 novembre 2006, recante il piano sanitario e sociosanitario regionale, e la deliberazione giuntale n. 458 del 22 marzo 2012, recante la predisposizione dei piani di zona;
 - b. in merito all'articolo 22, per le cure domiciliari, trova applicazione la deliberazione giuntale n. 2843 del 24 novembre 2006, recante il piano sanitario e sociosanitario regionale;
 - c. in merito all'articolo 23, per le cure palliative domiciliari, trovano applicazione la deliberazione giuntale numero 165 del 5 febbraio 2016, relativa alla rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore, e il decreto del direttore dell'area servizi assistenza primaria della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1771 del 27 dicembre 2016, recante le modalità organizzative per la gestione delle cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica in ambito regionale;
 - d. in merito all'articolo 24, per l'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, ai sensi della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità), trovano applicazione le indicazioni di cui alle linee

- annuali di gestione del Servizio sanitario regionale, da ultime approvate con deliberazione giunta n. 2550, del 23 dicembre 2016;
- e. in merito all'articolo 25, per l'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, trova applicazione la deliberazione n. 434 del 13.03.2017, recante le linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, e n. 668 del 07.04.2017, recante l'approvazione del documento relativo ai disturbi del comportamento alimentare;
 - f. in merito all'articolo 26, per l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali, trova applicazione la deliberazione giunta n. 2843 del 24 novembre 2006, recante il piano sanitario e sociosanitario regionale;
 - g. in merito all'articolo 27, per l'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità, trovano applicazione le disposizioni di settore di cui alla legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate") ed alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
 - h. in merito all'articolo 28, per l'assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche, trovano applicazione la deliberazione giunta n. 44 del 16 gennaio 2013, recante il piano d'azione regionale sulle dipendenze, nonché le disposizioni relative alla prevenzione, al trattamento e al contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate, di cui alla legge regionale 1 del 14 febbraio 2014;
 - i. in merito all'articolo 29, per l'assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario, trova applicazione la deliberazione giunta n. 650 del 11 aprile 2013, recante la disciplina per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistite (RSA) e hospice;
 - j. in merito all'articolo 30, per l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, trova applicazione la deliberazione giunta n. 2151 del 29 ottobre 2015, recante le linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali, con la precisazione che i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale di cui alla lettera a) di detto articolo sono a carico del Servizio sanitario regionale e hanno una durata, di norma, non superiore a 60 giorni; trovano inoltre applicazione la legge regionale 8 aprile 1997, n. 10 (legge finanziaria 1997), in particolare l'articolo 13 relativo agli interventi nel settore dei servizi sociali, la deliberazione giunta n. 672 del 14 aprile 2015, recante i criteri per la definizione del fabbisogno regionale di posti letto per anziani non autosufficienti, il Decreto del Presidente della Regione n. 144 del 13 luglio 2015, relativo alla definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani;
 - k. in merito all'articolo 31, per l'assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita, trovano applicazione la

legge regionale 14 luglio 2011, n. 10, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, la deliberazione giuntales n. 650 del 11 aprile 2013, recante la disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistite (RSA) e hospice, nonché la deliberazione giuntales n. 165 del 5 febbraio 2016, in materia di rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore;

- l. in merito all'articolo 32, per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, trova applicazione la deliberazione giuntales n. 434 del 13.03.2017, recante le linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, e n. 668 del 07.04.2017, recante l'approvazione del documento relativo ai disturbi del comportamento alimentare
 - m. in merito all'articolo 33, per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali, trova applicazione, per la parte di competenza, la deliberazione giuntales n. 2843 del 24 novembre 2006, recante il piano sanitario e sociosanitario regionale;
 - n. in merito all'articolo 34, per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, trovano applicazione le disposizioni di settore di cui alla legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate") ed alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
 - o. in merito all'articolo 35, per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche, trovano applicazione le disposizioni di cui alla legge regionale 23 agosto 1982, n. 57, in materia di tutela della salute dei tossicodipendenti, la deliberazione giuntales n. 44 del 16 gennaio 2013, recante il piano d'azione regionale sulle dipendenze, e, in particolare, le disposizioni di cui agli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria);
10. relativamente all'Assistenza ospedaliera, fermo restando quanto indicato agli articoli dal 36 al 49 del DPCM 12 gennaio 2017:
- a. in merito agli articoli dal 38 al 43 per il ricovero ordinario per acuti, per il day surgery ed il day hospital, trova applicazione la deliberazione giuntales n. 600 del 31 marzo 2017, recante attivazione e regolamentazione del day service. Il tasso di ospedalizzazione è fissato al 125%;
 - b. in merito agli articoli 44 e 45 per la riabilitazione trova applicazione la deliberazione giuntales n. 606 del 24 marzo 2005, recante il piano della riabilitazione;
 - c. in merito all'articolo 49 per la donazione di cellule riproduttive, trova

applicazione la deliberazione giunta n. 61, del 16 gennaio 2015, recante le modalità di accesso, tariffe e mobilità extraregionale per la procreazione medicalmente assistita omologa ed eterologa;

11. relativamente all'Assistenza specifica a particolari categorie, fermo restando quanto indicato agli articoli dal 50 al 63 del DPCM 12 gennaio 2017:
 - a. in merito all'articolo 52 per le persone affette da malattie rare, trova applicazione la deliberazione giunta n. 1002, di data 1 giugno 2017, recante l'adeguamento delle reti dei gruppi di malattie rare e l'individuazione dei relativi centri coordinatori
 - b. in merito all'articolo 54 per le persone affette da fibrosi cistica, trova applicazione la deliberazione giunta n. 1327, del 15 aprile 1994, recante disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica;
 - c. in merito all'articolo 55 per i nefropatici cronici in trattamento dialitico, trova applicazione la deliberazione giunta n. 1742 del 2 luglio 2004, recante la misura dei rimborsi a favore dei soggetti nefropatici residenti in Regione;
 - d. in merito all'articolo 59 per l'assistenza specialistica ambulatoriale alle donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità trova applicazione la deliberazione giunta n. 1083, del 15 giugno 2012, recante le linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, nonché n. 3235, del 29 novembre 2004, recante il progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva. Si prevede altresì l'inserimento della prestazione di biopsia embrionaria nel nomenclatore tariffario specialistico regionale, e, con successivo atto, verranno stabilite le modalità di erogazione ai sensi del comma 4, dell'articolo 15 del DPCM;
 - e. in merito all'articolo 60 per le persone con disturbi dello spettro autistico, trova applicazione la deliberazione giunta n. 434, del 13 marzo 2017, recante linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva;
 - f. in merito all'articolo 61 per l'assistenza sanitaria all'estero trovano applicazione le disposizioni di cui al Decreto ministeriale 3 novembre 1989, relativo ai criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero;
 - g. in merito agli articoli 62 e 63 per l'assistenza ai cittadini di stati non appartenenti all'Unione europea, trova applicazione la deliberazione giunta n. 769, del 4 maggio 2016, recante criteri e modalità per l'autorizzazione dei ricoveri e delle prestazioni in loro favore;
12. sono rinviate a successivi provvedimenti:
 - a. l'attuazione delle disposizioni nazionali citate in premessa ad oggi non ancora regolamentate a livello statale;
 - b. la revisione dei livelli sanitari e sociosanitari regionali indicati ai punti che precedono e da ritenersi aggiuntivi rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale;
 - c. l'eventuale adeguamento dell'organizzazione del sistema pubblico volto a garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie coerentemente alle disposizioni di livello statale regolanti i livelli essenziali di assistenza;

13. la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia provvederà a fornire ogni eventuale opportuna indicazione operativa agli enti del Servizio sanitario regionale, di cui agli articoli 3 e 4 della Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, per garantire l'uniforme attuazione del presente provvedimento;
14. la presente deliberazione è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE