

L'Assessore

Prot. n. ASS/SAS/02/ 3079

Bologna, **22 GEN. 2002**

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili di Distretto
Ai Responsabili della comunicazione aziendale

**delle Aziende-Usl e delle Aziende Ospedaliere
della Regione Emilia-Romagna**

CIRCOLARE n.1

Al Commissario Straordinario degli Istituti Ortopedici
Rizzoli
Bologna

Alle Organizzazioni Sindacali

LORO SEDI

OGGETTO: Art. 52 comma 31 Legge n 448 del 28 dicembre 2001 (finanziaria 2002), sulle prestazioni specialistiche finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori della mammella, escluse dalla partecipazione al costo.

La legge finanziaria 2002 all'art. 52, comma 32, integra l'art. 85 comma 4, lettera a) della L. n. 388 del 23 dicembre 2000 (finanziaria 2001), prevedendo l'estensione della esenzione del ticket per tutte le prestazioni diagnostiche di secondo livello eseguite a seguito dell'esame mammografico, qualora questo richieda tali approfondimenti.

Facendo riferimento alla circolare n 1 del 22 gennaio 2001, si fa presente che per effetto dell'applicazione della legge finanziaria 2001 nella Regione Emilia-Romagna, dove è operativo il programma di screening mammografico, l'estensione dell'esenzione del ticket sopra richiamata trova concreta attuazione per le donne di età compresa tra i 45 e i 49 anni che - pur non comprese nei programmi di screening - già usufruiscono dell'esenzione per la sola mammografia con periodicità biennale.

La presente circolare integra il punto II della già citata circolare n. 1 del 22 gennaio 2001, intendendosi confermate le altre disposizioni ivi contenute.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'

Giovanni Bissoqi

All.: circolare n. 1.

L'Assessore

Bologna, li 29/01/2001

Prot. 2612/SAS

CIRCOLARE N° 1

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili di Distretto
Ai Responsabili dei Servizi Farmaceutici
Ai Responsabili della comunicazione
Aziendale

delle Aziende USL e delle
Aziende Ospedaliere della
Regione Emilia Romagna

Al Commissario Straordinario degli
Istituti Ortopedici Rizzoli
BOLOGNA

Alle Organizzazioni Sindacali

Alla Federfarma

All' Assofarm

LORO SEDI

OGGETTO: Legge n.388 del 23 dicembre 2000 (Finanziaria 2001).

Com'è noto la finanziaria 2001 approvata con la legge in oggetto indicata pubblicata sulla G.U. n.302 del 29.12.2000, al Capo XIV prevede interventi nel settore sanitario prevalentemente finalizzati:

- alla riduzione ed eliminazione progressiva dei ticket sanitari;
- al monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche ed ospedaliere e al controllo dei consumi e relativa spesa;
- alla formazione ed informazione agli operatori sanitari ed ai cittadini;
- alla individuazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale esenti ticket per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e delle precancerosi del colon retto;
- alla assistenza indiretta.

I Per quanto riguarda le prestazioni farmaceutiche

A decorrere dal 1° gennaio 2001 sono abolite le partecipazioni dei cittadini al costo delle prestazioni farmaceutiche, sia la quota di £.3000 per confezione per i farmaci classificati in fascia a), sia la quota del 50% per i farmaci classificati in fascia b), ai sensi dell'art.8, comma 10, della legge 537/93.

Inoltre non sarà più necessaria, solo per le prescrizioni farmaceutiche, l'autocertificazione della condizione reddituale sul retro della ricetta da parte dell'assistito.

Resta in vigore il numero di confezioni prescrivibili per ricetta, nel limite di due pezzi, oppure di sei pezzi per i seguenti farmaci:

- farmaci antibiotici in confezione monodose;
- farmaci per fleboclisi;
- farmaci destinati al trattamento delle patologie indicate nel regolamento 329/99;
- interferone prescritto a soggetti affetti da epatite cronica.

I medici sono comunque tenuti ad attestare il diritto all'esenzione relativa alla patologia cronica (barrando la casella A) per usufruire della pluriprescrivibilità.

Si rileva, a tale proposito, la necessità di richiamare l'attenzione dei medici prescrittori in merito ai medicinali destinati alla cura delle patologie croniche, in funzione del prossimo inserimento di confezioni ottimali per cicli di terapia. Entro il 31/01/2001, infatti, la CUF individuerà le categorie di medicinali destinati alla cura delle patologie indicate dal decreto 28 Maggio 1999 n.329 e il loro confezionamento ottimale, prevedendo standard a posologia limitata per l'avvio delle terapie e standard che assicurino una copertura terapeutica massima di 28-40 giorni. A decorrere dal settimo mese successivo alla data predetta, la prescrivibilità con oneri a carico del S.S.N. dei medicinali appartenenti alle categorie individuate dalla CUF sarà limitata al numero massimo di due pezzi per ricetta.

A decorrere dal 1° luglio 2001 è soppressa la classe b) per i farmaci. Entro il 31 gennaio 2001 la CUF provvederà ad inserire i relativi medicinali nelle classi a) o c), sulla base della valutazione della loro efficacia terapeutica e delle loro caratteristiche prevalenti.

Sempre dal 1° luglio entrerà in vigore il sistema del prezzo di riferimento rimborsabile dal SSN. Il comma 26 dell'art. 85 della legge 388/00 stabilisce, infatti, che i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal S.S.N. fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico. Qualora il medico prescriva un medicinale avente prezzo maggiore, la differenza fra i due prezzi è a carico dell'assistito. Il medico è tenuto ad informare il paziente circa la disponibilità di medicinali integralmente rimborsabili dal SSN e della loro bioequivalenza con la specialità medicinale prescritta.

Entro il 15 Aprile 2001 il Ministero della Sanità, su indicazione della CUF, pubblicherà l'elenco dei medicinali ai quali si applicherà il sistema di rimborso di riferimento, con l'indicazione dei prezzi massimi di rimborso a carico del S.S.N..

Tale elenco viene aggiornato ogni sei mesi ed entra in vigore il mese successivo alla sua pubblicazione sulla G.U.

E' importante che i medici prescrittori, i farmacisti e gli assistiti siano adeguatamente informati delle modalità di applicazione e delle finalità della nuova disciplina.

II Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche e le diagnosi precoci

Sempre a decorrere dal 1°-1-2001, è prevista all'art. 85, comma 4, l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le seguenti prestazioni:

- **mammografia**, ogni 2 anni, a favore delle donne di età compresa tra i 45 e i 69 anni;
- **esame citologico cervico-vaginale (Pap test)**, ogni 3 anni, a favore delle donne in età compresa tra i 25 e i 65 anni;
- **colonscopia**, ogni 5 anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni e della popolazione a rischio che sarà individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della Sanità.

Tale previsione va inquadrata, nella nostra Regione, tenendo conto che, relativamente alle prime due tipologie di prestazioni, sono attivi ormai da anni gli interventi di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, che interessano gran parte delle fasce di popolazione sopra indicate e per i quali, fin dal loro avvio, è stata prevista la totale esenzione dalla partecipazione alla spesa da parte delle cittadine, non solo per i test individuati dalla Legge Finanziaria, ma anche per le eventuali prestazioni necessarie nelle fasi successive di approfondimento diagnostico e di trattamento.

Per quanto sopra, si rende necessario tener ben distinte le esenzioni introdotte dalla Finanziaria sulle prestazioni per le donne interessate dai programmi di screening, rispetto a quelle rivolte a fasce di popolazione attualmente non rientranti nei programmi stessi in relazione alla non evidenza di efficacia e praticabilità.

A. Prestazioni rivolte a gruppi di popolazione fuori screening

- Mammografia per le donne di età compresa tra i 45-49 anni
- Pap test per le donne di 65 anni
- Colonscopia per la popolazione di età superiore ai 45 anni

In questo caso occorrerà che all'atto della prenotazione, eseguita secondo le normali procedure, venga prodotta dall'interessato/a autodichiarazione di non aver eseguito la medesima prestazione, a carico del Servizio sanitario nazionale, nell'arco di tempo rispettivamente di:

- 2 anni per la mammografia;
- 3 anni per il pap test;
- 5 anni per la colonscopia,

precedenti la richiesta di prenotazione della prestazione stessa.

A tal proposito si raccomanda di facilitare al massimo gli utenti nel formulare la richiesta rendendo disponibile un'apposita modulistica di facile compilazione presso tutti i punti di prenotazione.

Occorrerà tuttavia prestare la massima attenzione ad eventuali problemi di allungamento delle liste di attesa, monitorando il fenomeno e adottando gli opportuni provvedimenti organizzativi, fra cui l'applicazione degli usuali criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono privilegiare i casi sintomatici.

Per quanto riguarda il pap test nelle donne di 65 anni, il problema non appare rilevante in quanto si tratta di donne che già sono state monitorizzate nel corso del primo round che è terminato ovunque, per cui si rende opportuno prevederne una gestione all'interno del programma di screening, anche se occorrerà mantenere distinti i dati di sorveglianza relativi a questa classe di età.

B. Prestazioni rivolte a gruppi di popolazione interessati dagli screening

Come evidenziato nello stesso articolo 85, con i richiami al Decreto legislativo 124/98 e al Piano Sanitario nazionale, appare fondamentale valorizzare gli interventi di screening in atto, che rappresentano la risposta più opportuna ed equa rispetto alle finalità della Legge finanziaria, la quale individua strumenti meno incisivi e più adatti per quelle realtà che ancora non hanno promosso interventi attivi sulla popolazione. Infatti l'adesione allo screening comporta, indubbiamente, maggiori opportunità rispetto all'esecuzione estemporanea di accertamenti diagnostici, soprattutto in riferimento alla presa in carico della persona ed all'inserimento in percorsi assistenziali programmati e controllati in ogni fase, in caso di necessità di approfondimenti diagnostici o di trattamenti terapeutici.

Pertanto, nella situazione in essere della nostra regione, la corretta applicazione della legge deve essere realizzata attraverso una puntuale e rigorosa attuazione dei programmi di screening rispettando le scadenze per gli accertamenti indicate nei protocolli in vigore, che già comportano intervalli tra le chiamate non superiori a quanto previsto dalla legge finanziaria.

Per quanto sopra, le Aziende Sanitarie sono invitate a prendere gli opportuni provvedimenti organizzativi per fare in modo che le strutture dedicate alla gestione degli screening, con particolare riferimento ai centri mammografici, siano messe in condizione, anche attraverso eventuali potenziamenti, di rispettare rigorosamente la tempistica prevista dai protocolli.

In sostanza sarà necessario individuare percorsi di accesso idonei a consentire la riconduzione delle eventuali richieste spontanee di singole prestazioni all'interno dei programmi di screening, assumendo in tal senso le iniziative più opportune per una incisiva informazione della popolazione interessata, al fine di garantire la fruizione di un diritto sancito dalla legge secondo modalità che non pregiudichino la compiuta realizzazione dei programmi di sanità pubblica.

Appare tuttavia evidente che chi ritenga, comunque, di eseguire gli accertamenti diagnostici previsti dalla Legge Finanziaria indipendentemente dai programmi di screening, deve essere messo in condizione di vedere soddisfatta la propria scelta. In tal caso si dovrà procedere con le stesse modalità di cui al punto A).

Al fine di consentire per un verso la fruizione di un diritto individualmente attribuito dalla legge alle diverse categorie di utenti e per l'altro la salvaguardia di un interesse collettivo quale quello legato al massimo livello di adesione ai programmi di screening in essere, si ritiene opportuno suggerire che, in sede di redazione dell'autodichiarazione di cui si è detto all'inizio, si acquisisca l'autorizzazione o meno dei soggetti interessati circa la trasmissione dell'avvenuto accertamento diagnostico ai centri screening - oltre che per finalità statistiche ed epidemiologiche - per permettere un aggiornamento dell'archivio di popolazione e garantire la futura corretta progressione delle chiamate per tutte le donne, compreso quelle fra 45 e 49 anni.

III Per quanto riguarda l'assistenza indiretta

Il comma 16 dell'art.92 della Finanziaria 2001, proroga al 31-12-2001 il termine di cui all'art.8 septies, comma 1, secondo periodo, del decreto legislativo 30-12-1992 n.502 e successive modificazioni, per la erogabilità di prestazioni sanitarie in regime di assistenza indiretta con l'esclusione delle prestazioni assistenziali erogate in regime di attività libero-professionale extramuraria.

In relazione a quanto sopra, nel confermare la validità delle disposizioni in materia a suo tempo approvate dal Consiglio Regionale con deliberazione n.804 del 18-12-1997, si ritiene necessario che ai fini del rimborso, sia prodotta da parte del cittadino apposita dichiarazione della struttura privata attestante che le prestazioni assistenziali sono state erogate **NON IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE EXTRAMURARIA.**

Si rinvia, per quanto non precisato, al testo della legge finanziaria.

Distinti saluti.

