

Bur n. 76 del 29/08/2006

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 2468 del 01 agosto 2006

Modifiche e conseguente aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (DGR. n. 4776/97 e successive modifiche ed integrazioni)

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

[L' Assessore alle Politiche Sanitarie Sig. Flavio Tosi, riferisce quanto segue:

Con deliberazioni n. 492 dell'8.3.2002, n. 2227 del 9.8.2002 e n. 3972 del 30.12.2002 la Giunta Regionale ha recepito il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ed ha emanato disposizioni applicative che hanno apportato alcune modifiche al livello essenziale di assistenza specialistica che la Regione Veneto intende garantire ai propri cittadini con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Con deliberazione n. 2883 del 3.10.2003 la Giunta Regionale ha disposto, tra l'altro, di ricondurre, alla luce di quanto previsto all'allegato 2C del succitato DPCM, anche al regime erogativo ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le seguenti prestazioni effettuabili in regime di ricovero:

Codici N.T. Descrizione

H 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento

dell'estrazione di cataratta, eseguita in contemporanea

H 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore.

Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale

H 04.43 Liberazione del tunnel carpale

In sede di prima applicazione, tali prestazioni non sono state imputate, né come nomenclatura né come risorse economiche, al regime di assistenza specialistica ambulatoriale, per consentire alle aziende sanitarie di organizzare la propria attività secondo le nuove modalità erogative e in attesa di:

- a) identificare, in ottemperanza a quanto previsto dallo stesso allegato 2C sopra richiamato, sulla base dei dati complessivi rilevati dalle SDO e cartelle ambulatoriali, i valori percentuale/soglia di ammissibilità per l'erogazione delle medesime prestazioni in regime di ricovero;
- b) definire il corretto inquadramento delle suddette prestazioni nelle branche specialistiche di appartenenza del Nomenclatore Tariffario Regionale, perfezionare le tariffe provvisoriamente individuate commisurandole ai costi di produzione e determinare la tipologia delle strutture abilitate all'erogazione delle stesse ai sensi della L.R. n.22 del 16.8.2002.

Conseguentemente la fruizione in regime ambulatoriale da parte degli assistiti veneti delle prestazioni di cui trattasi non è stata assoggettata ad alcuna partecipazione alla spesa.

E' stato invece già comunque individuato il percorso per l'erogazione delle stesse in regime ambulatoriale, prevedendo l'adozione della "cartella ambulatoriale" quale documentazione valida a tutti gli effetti medico legali, compilata da parte dello specialista, che deve contenere la registrazione di tutti gli atti assistenziali erogati al paziente nel corso dei vari accessi alla struttura sanitaria relativi alla fruizione della prestazione stessa.

A distanza di tre anni l'amministrazione regionale, sulla base dei dati (SDO e cartelle ambulatoriali) rilevati presso le strutture che hanno attivato il nuovo regime erogativo, ora dispone del numero di pazienti trattati annualmente nei diversi regimi erogativi e dell'analisi dei costi per ciascuna delle prestazioni di cui trattasi erogate in regime ambulatoriale.

Alla luce di quanto sopra si propone pertanto di inserire a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale le seguenti prestazioni, distinte per branca specialistica, e le corrispondenti tariffe :

A) Branca specialistica: Oculistica

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 13.71 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE

INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI

CATARATTA Eseguita in contemporanea Euro 1.000,00

Per tale prestazione, a modifica di quanto definito con DGR n. 2227/02 e con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 settembre 2002 n.959, si propone di riconoscere, quale valore soglia di ammissibilità per l'erogazione della prestazione stessa in regime di ricovero (DRG 39), la percentuale del 25% (di cui 5% in ricovero ordinario e 20% in ricovero diurno), da calcolarsi sul totale delle prestazioni annualmente erogate da ciascuna struttura, pubblica e privata preaccreditata, per gli assistiti veneti e residenti extraveneto.

B) Branca specialistica: Ortopedia e Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 04.43 LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE Euro 885,00 .

Per tale prestazione, a modifica di quanto definito con DGR n. 2227/02 e con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 settembre 2002 n. 959, si propone di riconoscere, quale valore soglia di ammissibilità per l'erogazione della prestazione stessa in regime di ricovero (DRG 006), la percentuale del 20% (di cui 4% in ricovero ordinario e 16% in ricovero diurno), da calcolarsi sul totale delle prestazioni annualmente erogate da ciascuna struttura, pubblica e privata preaccreditata, per gli assistiti veneti e residenti extraveneto.

C) Branca specialistica: – Chirurgia Vascolare – Angiologia e Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione

H I A 38.59 LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE.

Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale Euro 1.440,00

Per tale prestazione, a modifica di quanto definito con DGR n. 2227/02 e con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 settembre 2002 n. 959, si propone di riconoscere, quale valore soglia di ammissibilità per l'erogazione della prestazione stessa in regime di ricovero (DRG 119), la percentuale del 40% (di cui 6% in ricovero ordinario e 34% in ricovero diurno), da calcolarsi sul totale delle prestazioni annualmente erogate da ciascuna struttura, pubblica e privata preaccreditata, per gli assistiti veneti e residenti extraveneto.

A seguito di approfondimenti effettuati con gli specialisti competenti, si è evidenziato che lo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero nonché la disponibilità di nuove tecnologie sanitarie consentono l'erogazione, in regime ambulatoriale, in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore, di una nuova prestazione, affine alla precedente, effettuata per via endovascolare con l'utilizzo della tecnica laser.

Pertanto, al fine di garantire una maggior appropriatezza clinica, si ritiene di proporre l'inserimento a tutti gli effetti nel vigente nomenclatore tariffario regionale anche della prestazione di seguito riportata, che di conseguenza sarà considerata appropriata solo se erogata in regime ambulatoriale:

D) Branca specialistica: – Chirurgia Vascolare – Angiologia e Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 38.59.2 INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI

Eseguiti con tecnica laser Euro 850,00

Naturalmente, l'erogazione delle prestazioni di cui sopra nei diversi regimi erogativi deve essere disposta dal medico specialista che prende in cura il paziente, sulla base delle condizioni cliniche dello stesso, che dovranno essere sempre rilevabili dalla cartella clinica.

Le tariffe individuate remunerano, oltre alle prestazioni di cui trattasi, gli accertamenti correlati preliminari alle stesse nonché le visite di controllo e gli accertamenti strumentali e/o di laboratorio effettuati entro i trenta giorni successivi all'erogazione della prestazione. Esse pertanto vengono inserite nel Nomenclatore Tariffario Regionale con la lettera A che indica l'accorpamento di prestazioni in relazione a profili di trattamento predefiniti.

L'uso appropriato dei servizi sanitari è uno dei punti più qualificanti di ogni sistema sanitario che, a tal fine, nel rispetto dei vincoli finanziari imposti dalla vigente normativa, deve, quindi, promuovere e utilizzare gli strumenti della programmazione delle strutture e delle prestazioni in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza e, alla luce delle conoscenze scientifiche, le migliori strategie diagnostico-terapeutiche.

Pertanto, stante il sistema di controllo veneto articolato su due livelli (Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4807/99, n. 3572/2001 e n. 4090/2003) che consente sia ad ogni struttura erogatrice di prestazioni sanitarie di monitorare e verificare i propri standard erogativi e sia agli acquirenti la valutazione della rispondenza delle prestazioni erogate a favore dei propri assistiti a determinati standard, si propone che i ricoveri ordinari e diurni effettuati in esubero, rispetto ai valori soglia individuati con il presente provvedimento, siano automaticamente remunerati alle tariffe individuate per le medesime prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

Alle luce delle attività di monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale previste dall'art.50 della Legge n. 326/2003, l'erogazione delle prestazioni in argomento e di quelle correlate, fermo restando il percorso già individuato con nota regionale del 4/12/2003 prot. n.

58208/50.08.00, deve essere subordinata ad una un'unica prescrizione sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (ricetta rossa), redatta dallo specialista competente.

La fruizione di tali prestazioni, che, si ribadisce, comprendono gli accertamenti preliminari alle stesse correlati nonché le visite di controllo e gli accertamenti strumentali e/o di laboratorio effettuati entro i trenta giorni successivi all'erogazione, è assoggettata alle vigenti norme di compartecipazione alla spesa, fatta eccezione per i residenti veneti che, ai sensi di quanto disposto dalla DGR n. 543 del 28.02.06, in via sperimentale fino a tutto il mese di dicembre 2006, sono, per tali prestazioni, esentati dal pagamento del ticket.

Le quattro prestazioni sopra richiamate possono essere erogate in regime ambulatoriale esclusivamente nelle "strutture extraospedaliere di chirurgia" di cui alla DGR n. 549 del 12.2.2005 o comunque in strutture con grado di sicurezza più elevato. La lettera H che precede il codice delle prestazioni stesse deve, pertanto, nella Regione Veneto, intendersi anche identificativa di tali strutture.

Al fine di consentire alle Aziende sanitarie eventuali aggiustamenti riorganizzativi del proprio sistema di erogazione delle prestazioni di cui trattasi e di allinearsi alle scadenze della compensazione della mobilità sanitaria, il sopra definito sistema dei "valori soglia" troverà applicazione a decorrere dal quarto trimestre 2006.

Relativamente agli erogatori privati preaccreditati, per l'anno in corso, tali prestazioni erogate in regime ambulatoriale, saranno remunerate con le risorse già stanziare per l'assistenza ospedaliera; i budget dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera verranno ridefiniti con l'anno 2007.

Nelle more dell'ormai prossima generale revisione del Nomenclatore Tariffario che avverrà in conformità alla ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29.11.2001 e secondo la procedura espressamente individuata dalle DGR nn. 4776 del 30.12.1997 e 5270 del 28.12.1998, l'amministrazione regionale si trova nella necessità di apportare alcune minimali modifiche in ordine all'erogazione di alcune prestazioni specialistiche e all'utilizzo dei diversi regimi erogativi.

Tale esigenza è dettata principalmente:

o dall'opportunità di recuperare e sanare tempestivamente situazioni limite, non più pienamente rispondenti alle reali modalità erogative e/o alle attività di monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dall'art.50 della Legge n. 326/2003; trattasi, da un lato, di prestazioni ora riconducibili a più branche specialistiche, dall'altro di prestazioni per le quali la ripetitiva e costante erogazione è caratteristica "quoad vitam" per il paziente;

o dall'opportunità di inserire, nel regime erogativo ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, alcune prestazioni erogate a pazienti che presentano sintomatologia e patologia di pertinenza specialistica, tali però da non consentire né l'immediata dimissione né comportare una evidente necessità di ricovero.

Si propone pertanto di intervenire sulle sotto citate prestazioni specialistiche, come segue:

codice N.T. Descrizione

88.73.5ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI – *a riposo o dopo prova fisica o farmacologica*

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia, chirurgia vascolare e neurologia, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

88.77.1 ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA – a riposo o dopo prova fisica o farmacologica

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia, e chirurgia vascolare, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

88.77.2 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA – a riposo o dopo prova fisica o farmacologica

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia e chirurgia vascolare, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

93.03 VALUTAZIONE PROTESICA

La prestazione, presente nella branca di medicina fisica e riabilitazione, è estesa alla branca di "ortopedia e traumatologia"

91.38.7 CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE PREPARATI

Tale prestazione, non presente nel Nomenclatore Nazionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e esclusa anche nei lavori istruttori nazionali di revisione della relativa branca, viene parimenti cassata dal vigente Nomenclatore Regionale nella branca di " Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche–Microbiologia–Virologia–Anatomia e Istologia Patologica–Genetica–Immunoematologia e Servizio Trasfusionale"

95.02 ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO

Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

Ad esplicitazione della succitata descrizione, la circolare n. 214/20M00 del 4 marzo 1998, di trasmissione del Nomenclatore Tariffario Regionale e delle relative indicazioni applicative, precisa che le prestazioni identificabili con i codici 95.09.1 – 95.09.2 – 95.26 – 95.06 – 95.07 – 95.07.1 sono assorbite nella visita oculistica (95.02). Si ritiene di aggiungere all'insieme di prestazioni succitate anche lo "STUDIO DEL CAMPO VISIVO" codice 95.05 in quanto parte integrante della visita stessa. Pertanto la visita oculistica (95.02) comprende la valutazione di tutti gli aspetti del sistema visivo secondo quanto su esposto, inclusa la prescrizione di lenti; viceversa la "prescrizione di lenti" (95.01) non comprende la visita oculistica.

Ai sensi dell'art. 50 della Legge n. 326/2003, deve essere rivisto il percorso ambulatoriale, individuato con nota regionale del 30 marzo 1994 prot. n. 10618/20131, del paziente affetto da insufficienza renale che, sulla base delle caratteristiche cliniche (stato di gravità della malattia e delle sue complicanze per cui è indicato il trattamento di dialisi in ambiente ospedaliero, in assistenza domiciliare, in assistenza semi assistita) necessita di accessi ripetuti secondo un programma terapeutico predisposto dal servizio specialistico.

Infatti, considerato che, secondo tale articolo, ciascuna prescrizione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale deve essere, ai fini della puntuale attribuzione della spesa sanitaria pubblica indotta, univocamente riconducibile al medico prescrivente e considerata la frequenza delle sedute prestazionali cui i pazienti di cui trattasi sono soggetti, appare opportuno ricondurre a ciclo l'erogabilità delle prestazioni di seguito elencate, attualmente prevista a seduta; ciò al fine di agevolare gli stessi pazienti e di ridurre il carico di lavoro amministrativo in capo agli specialisti nefrologi nonché di conseguire omogeneità applicativa nell'intero ambito del Servizio del Sanitario Regionale.

Si propone pertanto l'adozione delle seguenti variazioni:

H 38.95 CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE

Singolo o doppio

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

H 39.95.1 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO

a modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

39.95.2 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

39.95.3 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.4 EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

39.95.6 EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA

Biofiltrazione senza acetato

Biofiltrazione

Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.7 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE

Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.8 EMOFILTRAZIONE

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

39.95.9 EMODIALISI-EMO FILTRAZIONE

Tecnica mista

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 54.98.1 DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

54.98.2 DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

Con DGR n 4419 del 30.12.2005 la Giunta Regionale ha disposto l' "Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva" (O.B.I.) nell'attività di Pronto Soccorso della Regione Veneto"

L'attività di O.B.I. è caratterizzata da un'alta intensità di cure, intesa come impegno di personale, accertamenti diagnostici e strategie terapeutiche. Essa si configura come un insieme di attività che comprendono, oltre all'osservazione medica ed infermieristica vera e propria, un complesso di prestazioni di natura diagnostica e terapeutica.

Al fine di uniformare la gestione in ambito regionale e remunerare correttamente l'attività succitata, si propone di inserire a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale la prestazione stessa, con la tariffa già individuata dal provvedimento di cui trattasi, come di seguito riportato:

E) Branca specialistica: "Altre procedure varie"

codice N.T. Descrizione Tariffa

H I A 99.99.4 Osservazione Breve Intensiva (OBI) Euro 200,00

Le ulteriori prestazioni specialistiche ambulatoriali, erogate in costanza di OBI, chiaramente identificabili perché già presenti nel vigente nomenclatore regionale, dovranno essere aggiuntivamente valorizzate secondo le relative tariffe.

L'Osservazione Breve Intensiva e gli accertamenti connessi sono da ritenersi prestazioni proprie di Pronto Soccorso in quanto indifferibili ed urgenti, non soggette ad alcuna partecipazione alla spesa da parte dell'assistito, come già previsto dalla DGR n. 4419/05.

Conseguentemente la relativa remunerazione ai soggetti erogatori è effettuata a tariffa piena e rientra nel sistema di compensazione della mobilità sanitaria (intra ed extra regionale).

Ferme restando le modalità di accesso alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione definite con DGR. n. 2227/02 e successive note regionali applicative e fatta salva una più generale riformulazione del quadro prestazionale di tutta la branca specialistica, necessita, disporre l'eliminazione, a decorrere dall'1/9/2006, del modulo/ricetta aggiuntivo (Decreto regionale n. 2 del 24.10.2002) attualmente utilizzato dallo specialista fisiatra per la prescrizione delle prestazioni, ritenute necessarie, oggetto dello specifico progetto/programma riabilitativo individualizzato; ciò al fine di dare piena attuazione all'art. 50 della Legge n. 326/2003

Secondo tale articolo, infatti, ciascuna prescrizione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSN deve poter essere univocamente riconducibile al medico prescrivente, ai fini della puntuale attribuzione della spesa sanitaria pubblica indotta, e quindi deve essere oggetto di regolare prescrizione sul ricettario del servizio sanitario nazionale al fine di essere ricompresa nel monitoraggio della spesa previsto dalla legge stessa; ne consegue che anche il fisiatra operante in strutture pubbliche e private preaccreditate è tenuto a prescrivere sul tale ricettario.

L'attuale ricetta permette, nelle due righe continue sottostanti agli otto spazi riservati alla prescrizione delle prestazioni, anche l'indicazione delle patologie che condizionano la prescrivibilità, a carico del Fondo Sanitario Regionale, delle prestazioni di cui all'allegato 2 B del DPCM 29 novembre 2001 così come recepito dalla DGR n. 2227 /2002 allegato 1.

Le Aziende ULSS sono pertanto tenute a consegnare, ai soli fini della sostituzione del suddetto modulo aggiuntivo, anche agli specialisti fisiatri operanti nelle strutture private accreditate, i ricettari del Servizio Sanitario Nazionale. Ne consegue che in attesa di una generale disciplina regionale sulle modalità di utilizzo dei ricettari stessi, gli specialisti fisiatri dovranno utilizzare tale ricettario unicamente per la prescrizione delle prestazioni oggetto del programma riabilitativo individuato per ogni singolo paziente e non per la prescrizione di farmaci o altre prestazioni (LEA) che non rientrano nella branca specialistica di medicina fisica e riabilitazione del vigente nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Le Aziende ULSS sono altresì tenute a verificare il rispetto, da parte degli specialisti fisiatri, di quanto su esposto, e, in conformità a quanto disposto con DGR n. 4090 del 30.12.2003, a monitorare gli standard produttivi di ciascun erogatore privato preaccreditato, in relazione anche all'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dell'Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTA la DGR n. 492 dell'8.3.2002

VISTA la DGR n. 2227 del 9.8.2002

VISTA la DGR n. 3972 del 30.12.2002

VISTA la DGR n. 2883 del 3.10.2003

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 settembre 2002 n. 959

VISTA la DGR n. 4807 del 28.12.1999

VISTA la DGR n. 3572 del 31.12.2001

VISTA la DGR n. 4090 del 30.12.2003

VISTA la Legge n. 326/2003

VISTA la DGR n. 543 del 28.02.06

VISTA DGR n 4419 del 30.12.2005

VISTO il Decreto regionale n. 2 del 24.10.2002]

delibera

1) Di inserire a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale le seguenti prestazioni, distinte per branca specialistica, e le corrispondenti tariffe, da erogarsi secondo le modalità e specificità indicate in premessa:

A) Branca specialistica : Oculistica

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 13.71 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE

INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI

CATARATTA Eseguita in contemporanea Euro 1.000,00

B) Branca specialistica: – Ortopedia, Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 04.43 LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE Euro 885,00 .

C) Branca specialistica: – Chirurgia Vascolare – Angiologia; – Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione

H I A 38.59 LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE.

Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale Euro 1.440,00

D) Branca specialistica:– Chirurgia Vascolare – Angiologia – Chirurgia Generale

Codici N.T. Descrizione Tariffa

H I A 38.59.2 INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI

Eseguiti con tecnica laser Euro 850,00

2) Di disporre che i ricoveri ordinari e diurni effettuati in esubero, rispetto al sistema di "valori soglia" in premessa definito, siano automaticamente remunerati alle tariffe individuate per le medesime prestazioni erogate in regime ambulatoriale e che il sistema stesso, al fine di allinearsi alle scadenze della compensazione della mobilità sanitaria, trovi applicazione a decorrere dal quarto trimestre 2006.

3) Di stabilire che la fruizione delle prestazioni di cui al punto 1, che comprendono gli accertamenti preliminari alle stesse correlati nonché le visite di controllo e gli accertamenti strumentali e/o di laboratorio effettuati entro i trenta giorni successivi all'erogazione, sia assoggettata alle vigenti norme di compartecipazione alla spesa, fatta eccezione per i residenti veneti secondo quanto disposto dalla DGR n. 543 del 28.02.06.

4) Di disporre che, per l'anno in corso, le prestazioni di cui al punto 1, erogate in regime ambulatoriale dagli erogatori privati preaccreditati, siano remunerate con le risorse già stanziare per l'assistenza ospedaliera; i budget dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera verranno ridefiniti con l'anno 2007.

5) Di disporre, per le motivazioni espresse in premessa, la modifica del Nomenclatore Tariffario Regionale di assistenza specialistica ambulatoriale relativamente alle modalità erogative delle prestazioni, di seguito elencate, come specificato:

codice N.T. Descrizione

88.73.5 ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI – *a riposo o dopo prova fisica o farmacologica*

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia, chirurgia vascolare e neurologia, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

88.77.1 ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA – *a riposo o dopo prova fisica o farmacologica*

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia, e chirurgia vascolare, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

88.77.2 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA – *a riposo o dopo prova fisica o farmacologica*

La prestazione, presente nelle branche di cardiologia e chirurgia vascolare, è estesa alla branca di "diagnostica per immagini–radiologia diagnostica"

93.03 VALUTAZIONE PROTESICA

La prestazione, presente nella branca di medicina fisica e riabilitazione, è estesa alla branca di "ortopedia e traumatologia"

95.02 ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO

Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo

Sono assorbite nella visita oculistica (95.02) le prestazioni identificabili con i codici 95.09.1 – 95.09.2 – 95.26 – 95.05 – 95.06 – 95.07 – 95.07.1

H 38.95 CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE

Singolo o doppio

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

H 39.95.1 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO

a modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

39.95.2 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a

"ciclo di 10 sedute"

39.95.3 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.4 EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

39.95.6 EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA

Biofiltrazione senza acetato

Biofiltrazione

Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.7 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE

Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 39.95.8 EMOFILTRAZIONE

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

39.95.9 EMODIALISI-EMOFILTRAZIONE

Tecnica mista

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

H 54.98.1 DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

54.98.2 DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" a "ciclo di 10 sedute"

6) Di cassare, per le motivazioni espresse in premessa, dal Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale la prestazione:

91.38.7 CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE PREPARATI

7) Di inserire, a tutti gli effetti, per le motivazioni e secondo le modalità di cui in premessa, nel Nomenclatore Tariffario Regionale la seguente prestazione:

E) Branca specialistica: "Altre procedure varie"

codice N.T. Descrizione Tariffa

H I A 99.99.4 Osservazione Breve Intensiva (OBI) Euro 200,00

8) Di disporre, per le motivazioni e secondo le modalità di cui in premessa, l'eliminazione, a decorrere dall'1/9/2006, del modulo/ricetta aggiuntivo di cui al Decreto regionale n. 2 del 24.10.2002, stabilendo che le prestazioni oggetto dello specifico progetto/programma riabilitativo individualizzato siano regolarmente prescritte, dallo specialista fisiatra, sul ricettario del servizio sanitario nazionale (ricetta rossa).

9) Di incaricare le Aziende ULSS a verificare il rispetto, da parte degli specialisti fisiatrici, di quanto in premessa esposto, e a monitorare, in conformità a quanto disposto con DGR n. 4090 del 30.12.2003, gli standard produttivi di ciascun erogatore privato preaccreditato, in relazione anche all'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

10) Di dare atto che le modifiche approvate con il vigente provvedimento, comportano l'aggiornamento dell' "Allegato A", ("Allegato 1") e dell'Allegato 3 del Nomenclatore Tariffario Regionale.

11) Di fare salvi i principi e le disposizioni di cui alle precedenti deliberazioni di pari contenuto, che non risultano in contrasto con il presente provvedimento.

12) Di impegnare le Aziende ULSS e Ospedaliere, nell'ambito territoriale di competenza, all'applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento e alla comunicazione dello stesso a tutti i soggetti erogatori.