

Ortopedia e traumatologia	borse n. 1
Pediatria	borse n. 2
Radiodiagnostica	borse n. 1
Totale	borse n. 25

2) di approvare quanto convenuto con l'Università degli Studi di Verona così come riportato nella premessa e che qui si intende integralmente richiamato;

3) di dare atto che l'onere complessivo relativo all'attivazione delle n. 25 borse di studio pari ad euro 290.087,50 trova copertura nel bilancio 2003 al capitolo 60047 per effetto di impegno di spesa disposto con Decreto del Dirigente regionale della Direzione risorse socio sanitarie n. 38 del 28 marzo 2003;

4) di liquidare le borse di studio di cui al punto 1) all'Ateneo di Verona subordinatamente al recepimento sia delle delibere dei Consigli delle Scuole in cui si individua: a) le unità operative costituenti la rete formativa, b) il numero degli specializzandi in formazione e frequentanti la rete, c) l'anno di frequenza, d) il periodo di frequenza di ciascuno, e) il tempo complessivo coperto da studenti riferito a ciascuna unità operativa, nell'arco dell'anno di riferimento, sia delle attestazioni delle Aziende sanitarie costituenti la rete formativa, certificanti l'avvenuta frequenza degli specializzandi nelle unità operative individuate dai Consigli di Scuola.

5) di rinviare a successivi provvedimenti il finanziamento delle borse di studio per gli anni accademici seguenti al 2002/2003 e sino alla regolare conclusione dei corsi di cui alle scuole di specializzazione elencate al punto 1).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 ottobre 2003, n. 2883

Modifiche al Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (D.G.R. n. 4776/97 e successive modifiche ed integrazioni) ed utilizzo diverso regime erogativo (D.P.C.M. 29.11.2001)

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - riferisce quanto segue.

Con deliberazione n. 4776 del 30.12.1997 la Giunta Regionale ha approvato il Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e le relative tariffe, nonché le concernenti regolamentazioni e prescrizioni, secondo quanto riportato negli allegati 1 e 2 che formano parte integrante del provvedimento stesso.

Con successiva DGR n. 5270 del 28.12.1998, rettificata dalla DGR n. 248 del 2.2.1999, è stato approvato, con decorrenza 1 gennaio 1999, l'aggiornamento del suddetto Nomenclatore Tariffario, secondo quanto riportato nell'allegato parte integrante del provvedimento stesso, e sono state confermate, per la parte non oggetto di aggiornamen-

to, le prestazioni e tariffe di cui alla DGR 4776/97.

Con deliberazione n. 3051 del 16.11.2001 la Giunta Regionale ha infine approvato la conversione in euro del suddetto Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche secondo quanto riportato nell'allegato 1 al provvedimento stesso, da considerarsi l'attuale documento di riferimento per il sistema di remunerazione nei confronti dei soggetti erogatori per conto del SSR.

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 dai provvedimenti di cui sopra, l'amministrazione regionale si trova nella necessità di apportare alcune minimali e dovute modifiche in ordine all'erogazione di alcune prestazioni specialistiche e all'utilizzo dei diversi regimi erogativi.

Tale esigenza è dettata principalmente:

1. dall'opportunità di recuperare e sanare tempestivamente situazioni limite, non più pienamente rispondenti alle reali modalità erogative: trattasi, da un lato, di prestazioni riconducibili a più branche specialistiche, dall'altro di prestazioni la cui efficacia risulta collegabile ad un numero ripetitivo di sedute, variabile a seconda della patologia e delle condizioni fisiche del paziente. Ciò consente, tra l'altro, di conseguire omogeneità applicativa nell'intero ambito del servizio sanitario regionale;

2. dall'opportunità di ricondurre, alla luce di quanto previsto all'allegato 2c del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", così come recepito dalla D.G.R.n.2227 del 9.8.2002, anche al regime erogativo ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, alcune prestazioni attualmente effettuabili in regime di ricovero.

Si propone pertanto di intervenire, per le finalità di cui al punto uno, sulle sotto citate prestazioni specialistiche, come segue:

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 e chirurgia vascolare, è estesa alla branca di neurologia

codice N.T. Descrizione

91.48.4: prelievo citologico

La prestazione, presente nella branca di laboratorio, è estesa alla branca di ostetricia e ginecologia

codici N.T. Descrizione

89.7 visita generale

89.01 visita successiva alla prima

Le prestazioni, qualora rivolte all'esame clinico delle mammelle, sono erogabili anche all'interno della branca specialistica di diagnostica per immagini: radiologia diagnostica.

Ferme restando le modalità di accesso alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione definite con D.G.R. n. 2227/02 e successive note regionali applicative, salva una più generale riformulazione del quadro prestazionale di tutta la branca specialistica, si propone altresì, sulla base del documento elaborato dalla sottocommissione tecnica regionale di medicina fisica e riabilitazione nella riunione svoltasi in data 31.10.2001, di adottare le seguenti variazioni:

codici N.T.: Descrizione

93.35.2 irradiazione infrarossa

radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta

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

93.35.5 crioterapia strumentale

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

93.40.2 massoterapia per drenaggio linfatico

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" - (45 minuti ciascuna)- a "ciclo di 10 sedute" (45 minuti ciascuna)

99.99.2 laserterapia antalgica

a scans. + manip.

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" (di 20 minuti) a "ciclo di 10 sedute" (di 20 minuti ciascuna)

99.99.3 laserterapia antalgica

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta" (di 10 minuti) a "ciclo di 10 sedute" (di 10 minuti ciascuna)

93.15 mobilizzazione della colonna vertebrale

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "manipolazione della colonna vertebrale per seduta" a "manipolazione della colonna vertebrale a "ciclo di 3 sedute" - escluso manipolazione di articolazione temporo-mandibolare

93.16 mobilizzazione di altre articolazioni

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni per seduta" a "manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni a "ciclo di 3 sedute" escluso mani-

polazione di articolazione temporo-mandibolare

Al riguardo si precisa che, allo stato, l'erogazione delle prestazioni sopra individuate, con oneri a carico del SSR, deve avvenire nell'ambito del budget attribuito, per l'anno di riferimento, alle strutture interessate.

Si propone, per le finalità di cui al punto 2, di ricondurre anche al regime ambulatoriale l'erogabilità delle sotto elencate prestazioni, ad oggi effettuabili, ai sensi della D.G.R. 3609 del 5.8.96 e successive modifiche ed integrazioni, in regime di ricovero:

Codici N.T.:	Descrizione	Tariffa
H 13.71	inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea	1.391 Euro
H 38.59 1	egatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore Stripping della femorale, poplitea, safena, tibiale	1.197 Euro
H 04.43	liberazione del tunnel carpale	1.093 Euro

Le tariffe, provvisoriamente individuate, che ristorano anche le visite di controllo effettuate entro 30 giorni dalla data dell'intervento, sono state ottenute sottraendo dalle tariffe associate ai corrispondenti DRGs, di riferimento per l'erogazione delle prestazioni in regime di day surgery (rispettivamente, nel medesimo ordine dell'elencazione, n. 039; n. 119; e n. .006), la percentuale del 15%, corrispondente alle spese alberghiere e ai costi di degenza di una giornata di ricovero.

Nelle more dell'introduzione della nuova disciplina dell'attività ambulatoriale ai sensi della L.R. n.22 del 16.8.2002, temporaneamente le suddette prestazioni, contrassegnate con la lettera H, sono erogabili esclusivamente presso gli ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero sia pubblici che privati pre-accreditati, attualmente abilitati (ex DGR 3223 dell'8.11.2002) all'erogazione delle medesime prestazioni in regime di day surgery.

Inoltre, in attesa della revisione del Nomenclatore Tariffario che consentirà il corretto inquadramento delle suddette prestazioni per branca specialistica nonché del perfezionamento delle tariffe, la cui congruità va commisurata ai costi di produzione, appare problematico ipotizzare una partecipazione alla spesa da parte dell'utente secondo le norme vigenti.

Per di più, l'amministrazione regionale sta valutando l'opportunità di definire percorsi di accesso alle prestazioni di cui trattasi e i corrispondenti pacchetti prestazionali (art.3 D.lgs.vo 124/98) cui collegare la partecipazione alla spesa sanitaria.

Alla luce di quanto sopra, in questa prima fase applicativa, si ritiene di non assoggettare al pagamento di alcun

ticket la fruizione delle prestazioni sopra individuate e degli accertamenti preliminari alle stesse correlati.

Resta inteso che rimane invariata l'erogabilità delle suddette prestazioni anche in regime di ricovero, alle tariffe previste dalla D.G.R. n. 3051/01, qualora le condizioni cliniche del paziente lo richiedano

Tali prestazioni saranno oggetto di controllo ai fini della verifica degli effetti economico-finanziari che si determineranno nei diversi regimi erogativi.

Si specifica che, per l'anno 2003, la remunerazione, con oneri a carico del SSR, delle prestazioni di cui trattasi, erogate in regime ambulatoriale, deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa già previsto per l'assistenza ospedaliera per ciascuna struttura pubblica e privata pre-accreditata finanziata per l'erogazione delle stesse in regime di day surgery.

Il vigente Nomenclatore Tariffario (D.M. del 22 luglio 1996 recepito dalla Giunta regionale con il provvedimento n.4776/97), alla branca di "Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva" elenca alcune prestazioni che nell'Allegato A degli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti convenzionali del 1988 erano presenti, seppure con diversa denominazione, nella branca di "Chirurgia Generale".

Tali prestazioni erano state ricondotte, pur contrassegnate dalla lettera "c", nella branca di nuova istituzione denominata "Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia digestiva" già con la revisione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali avvenuta con D.M. del 7 novembre 1991.

In virtù di ciò, si ritiene che gli erogatori già convenzionati ai sensi dei D.P.R. n. 119 e n. 120 del 23.3.1988 per la branca di "Chirurgia Generale" e attualmente preaccreditati ai sensi della D.G.R. 5007/1996 per la medesima branca, possano erogare le prestazioni di seguito indicate, sebbene presenti solo nella branca di gastroenterologia:

codice N.T. Descrizione

45.13 esofagogastroduodenoscopia (EGD). Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)

45.16 esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno

45.24 sigmoidoscopia con endoscopia flessibile. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48.23)

48.23 proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido. Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile (45.24)

Al riguardo si precisa che l'erogazione delle prestazioni sopra individuate, con oneri a carico del SSR, deve avvenire nell'ambito del budget attribuito alle suddette strutture per l'anno di riferimento.

Si evidenzia, ad ogni buon conto, che quanto sopra non comporta, per tali strutture, l'estensione del rapporto di accreditamento provvisorio, di cui attualmente sono titolari, alla branca di "Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva".

E' noto che, presso le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e alcuni altri presidi ospedalieri riconosciuti dalla Regione quali Centri di Riferimento, vengono erogate prestazioni c.d."di nicchia", relative a malattie rare o ad altri settori di alta specializzazione, per le quali, non ricorrendo il criterio della diffusibilità, non è ancora avvenuto l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza e quindi non sono previste dal vigente Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Tuttavia, per determinati pazienti, i medici, anche di altre Regioni, fanno ad esse ricorso, ritenendole supporto indispensabile per una corretta diagnosi e/o cura; i relativi addebiti avvengono, sulla base di controvalori economici stabiliti autonomamente dalle Aziende erogatrici, con fatturazione diretta all'Azienda U.L.S.S. di residenza dell'assistito.

L'amministrazione regionale, a fronte della lacuna normativa esistente in merito, sta valutando l'opportunità della creazione di un nomenclatore tariffario delle suddette prestazioni o comunque l'inserimento delle stesse nel Nomenclatore Tariffario già vigente, previo approfondimento della loro valenza scientifica.

Ciò nonostante, nell'ambito delle attività della Regione Veneto rivolte sia all'utilizzazione omogeneamente appropriata nel territorio delle risorse e delle tecnologie sanitarie, che all'equità dei rapporti sia con i cittadini utenti sia tra Aziende sanitarie del territorio, si ritiene, allo stato attuale, che l'erogazione delle prestazioni succitate, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, debba essere subordinata alle seguenti condizioni:

- prescrizione su ricettario unico regionale da parte del M.M.G, P.L.S. o specialista pubblico o privato accreditato, secondo criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche del paziente, con specifica indicazione dell'indispensabilità della prestazione e della non riconducibilità della stessa ad alcuna prestazione presente nel vigente Nomenclatore Tariffario regionale ;

- rilascio di autorizzazione all'esecuzione della prestazione, da parte dell'U.L.S.S. di residenza dell'assistito, la quale si avvale, ove lo ritenga, del parere dei propri medici di riferimento.

Si reputa inoltre opportuno, per i soggetti riconosciuti esenti ai sensi dell'art. 9 ex D.M. n. 279 del 18.5.2001, facilitare il succitato iter burocratico, essendo questa tipologia di utenza spesso portatrice anche di handicap.

A tal fine, si ritiene ammissibile l'effettuazione, da parte del medico curante, della richiesta di "affidamento in cura" dell'assistito, per il periodo di un anno, al competente Presidio Regionale di Riferimento per le Malattie Rare,

individuato e abilitato al rilascio della certificazione dello stato di patologia rara nonché all'assistenza del paziente stesso come dalle DGR n.741 del 10 marzo 2000 e DGR n.204 del 8 febbraio 2002.

Conseguentemente l'Azienda U.L.S.S. di residenza dell'assistito provvede al rilascio di un'autorizzazione a valenza annuale all'esecuzione delle prestazioni necessarie, richieste e motivate da un clinico operante nel centro stesso.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - 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 - Avv. Fabio Gava - 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 regionale e statale;

- Vista la D.G.R.n.4746 del 30.12.1997;
- Vista la D.G.R.n.5270 del 28.12.1997;
- Vista la D.G.R.n.3051 del 16.11.2001;
- Visto il DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- Vista la D.G.R.n.2227/02;
- Vista la D.G.R.n.3609 del 5.8.96;
- Vista la Legge Regionale n.22/2002;
- Visti i D.P.R.119 e 120 del 23.3.1988;
- Vista la D.G.R.n.5007/1996;
- Vista la D.G.R.n.204 dell'8.2.2002
- Vista la D.G.R.n.741 del 10.3.2000
- Vista la D.G.R.n.3223 dell'8.11.2002
- Visto il D.L.gvo 29 4 1998, n.124

delibera

1. Di disporre, per le motivazioni espresse in premessa al punto 1, la modifica del vigente Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni 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, attualmente presente nelle branche di cardiologia e chirurgia vascolare, viene estesa alla branca di neurologia

codice N.T. . Descrizione

91.48.4: prelievo citologico

La prestazione, attualmente presente nella branca di laboratorio, viene estesa alla branca di ostetricia e ginecologia

codici N.T. Descrizione

89.7 visita generale

89.01 visita successiva alla prima

Le prestazioni, qualora rivolte all'esame clinico delle mammelle, sono erogabili anche all'interno della branca specialistica di diagnostica per immagini: radiologia diagnostica.

codici N.T.: Descrizione

93.35.3 irradiazione infrarossa

radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta

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

93.35.6 crioterapia strumentale

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

93.40.3 massoterapia per drenaggio linfatico

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta"

- (45 minuti ciascuna)- a "ciclo di 10 sedute" (45 minuti ciascuna)

99.99.3 laserterapia antalgica

a scans. + manip.

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta"

(di 20 minuti) a "ciclo di 10 sedute" (di 20 minuti ciascuna)

99.99.3 laserterapia antalgica

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "seduta"

(di 10 minuti) a "ciclo di 10 sedute" (di 10 minuti ciascuna)

93.17 mobilizzazione della colonna vertebrale

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "manipolazione della colonna vertebrale per seduta" a "manipolazione della colonna vertebrale a" ciclo di 3 sedute" - escluso manipolazione di articolazione temporo-mandibolare

93.18 mobilizzazione di altre articolazioni

modifica della specifica di erogazione della prestazione da "manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni per seduta" a "manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni a "ciclo di 3 sedute" escluso mani-

polazione di articolazione temporo-mandibolare

2. Di ricondurre, per le motivazioni espresse in premessa al punto 2 e secondo le modalità ivi indicate, l'erogabilità delle sottoelencate prestazioni, anche al regime ambulatoriale:

Codici N.T.:	Descrizione	Tariffa
H 13.71	inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea	1.391 Euro
H 38.59	legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore Stripping della femorale, poplitea, safena, ibiale	1.197 Euro
H 04.43	liberazione del tunnel carpale	1.093 Euro

3. Di abilitare, per le motivazioni di cui alla premessa, gli erogatori già convenzionati ai sensi del D.P.R.119 e 120 del 23.3.1988 per la branca di "Chirurgia Generale" e attualmente preaccreditati ai sensi della D.G.R. 5007/1996 per la medesima branca, ad erogare le prestazioni di seguito indicate:

Codici N.T.	Descrizione:
codice 45.13	esofagogastroduodenoscopia (EGD). Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)
codice 45.16	esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
codice 45.24	sigmoidoscopia con endoscopio flessibile. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23)
codice 48.23	proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido. Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)

4. Di subordinare, per le motivazioni espresse in premessa, l'erogazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, delle prestazioni c.d. "di nicchia", da parte dei "Centri di riferimento regionale", alle seguenti condizioni:

- prescrizione su ricettario unico regionale da parte del M.M.G, P.L.S. o specialista pubblico o privato accreditato, secondo criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche del paziente, con specifica indicazione dell'indispensabilità della prestazione e della non riconducibilità della stessa ad alcuna prestazione presente nel vigente Nomenclatore Tariffario regionale ;

- rilascio di autorizzazione all'esecuzione della presta-

zione, da parte dell'U.L.S.S. di residenza dell'assistito, la quale si avvale, ove lo ritenga, del parere dei propri medici di riferimento.

5. Di statuire che la remunerazione delle prestazioni di cui al punto 4 deve avvenire tramite addebito con fatturazione diretta all'Azienda U.L.S.S. di residenza dell'assistito (e quindi al di fuori del flusso della mobilità sanitaria).

6. Di dare atto che l'erogazione, con oneri a carico del SSR, delle prestazioni individuate ai punti 1 e 3 del dispositivo, deve avvenire nell'ambito del budget attribuito alle strutture erogatrici per l'anno di riferimento.

7. Di stabilire altresì che, per l'anno 2003, la remunerazione delle prestazioni di cui al punto 2, con oneri a carico del SSR, deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa già previsto per l'assistenza ospedaliera per ciascuna struttura pubblica e privata pre-accreditata finanziata per l'erogazione delle stesse in regime di day surgery, con l'esclusione della partecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

8. Di prendere atto dei principi, contenuti in premessa, non richiamati espressamente nei punti precedenti del dispositivo.

Servizi sociali

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 settembre 2003, n. 2821

L.R. 28/77: assegnazione contributi a favore dei Consulteri Familiari Privati riconosciuti e non convenzionati, anno 2003

La Giunta regionale

(omissis)

delibera

1. di assegnare, in attuazione delle norme e secondo le procedure in premessa indicate, a favore dei Consulteri Familiari Privati riconosciuti e non convenzionati, i contributi spettanti per l'anno 2003, come elencati nel prospetto A, allegato al presente provvedimento, per la spesa complessiva di euro 276.036,52;

2. di impegnare la spesa di cui al punto 1.:

- quanto a euro 232.000,00, sul capitolo 100010 "Fondo Regionale per le Politiche Sociali - Contributi a Consulteri Familiari Privati riconosciuti" (U.P.B. U0148) del Bilancio di Previsione della Regione per l'esercizio 2003, che presenta la necessaria disponibilità;

- quanto a euro 44.036,52, sul capitolo 100016 "Fondo Regionale per le Politiche Sociali - Attività Progettuali e di