

Deliberazione della Giunta Regionale 6 maggio 2019, n. 22-8886

Modifiche ed integrazioni all'allegato 1 della D.G.R. n. 84-10526 del 29 dicembre 2008, all'allegato 1 della D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 e all'allegato B della D.G.R. n. 35-3310 del 16 maggio 2016, con riguardo al Nomenclatore tariffario regionale per talune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

A relazione dell'Assessore Saitta:

Con la D.G.R. n. 35-3310 del 16 maggio 2016 è stata disciplinata la Chirurgia ambulatoriale complessa, aggiornando, tra l'altro, il Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 1 della D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 con le prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa riportate nell'allegato B); sono stati inoltre individuati nuovi pacchetti di prestazioni chirurgiche da erogarsi in regime ambulatoriale, grazie all'evolversi delle tecniche e delle metodologie diagnostiche e cliniche che hanno permesso di effettuare anche in tale setting assistenziale, interventi chirurgici un tempo effettuati prevalentemente in regime di ricovero diurno, pur mantenendo i necessari livelli di sicurezza e di qualità di erogazione dell'assistenza.

L'allegato B della D.G.R. n. 35-3310 del 16 maggio 2016 (che integra l'allegato 1 della D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013) riporta, nell'ambito delle branche specialistiche di Chirurgia generale e di Chirurgia Vascolare, la seguente descrizione per la prestazione cod. 38.59.A: *“Legature e stripping di vene varicose dell'arto inferiore - Stripping della femorale poplitea, safena. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”*.

Le innovazioni tecnologiche intervenute negli ultimi anni supportate dalle indicazioni degli esperti clinici hanno portato all'utilizzo di nuove metodiche nel trattamento delle varici; pertanto, alla luce di tali innovazioni è necessario integrare la descrizione della prestazione cod. 38.59.A *“Legature e stripping di vene varicose dell'arto inferiore - Stripping della femorale poplitea, safena. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”* contenuta nell'allegato B della DGR n. 35-3310 del 16 maggio 2016, come di seguito specificato, al fine di comprendere anche le nuove tecniche: *“Trattamento di vene varicose dell'arto inferiore, safena, mediante legatura e stripping, termoablazione con o senza occlusione mediante sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”*.

Inoltre, l'attuale orientamento tecnico-scientifico suggerisce di trattare in regime ambulatoriale prestazioni per le quali a suo tempo era ritenuta necessaria l'ospedalizzazione; in particolare, il documento tecnico predisposto da un gruppo di esperti clinici, agli atti della Direzione Sanità, individua l'intervento/procedura chirurgica *“Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata”* codice 78.60 e la relativa tariffa (Euro 1500) per il quale vi è evidenza clinica che il regime appropriato risulta essere quello ambulatoriale, nel rispetto delle modalità operative di cui alla D.G.R. 16 maggio 2016 n. 35-3310 e fatte salve le specifiche valutazioni del caso; ciò grazie all'introduzione di nuove tecniche chirurgiche ed anestesiologicalhe che consentono l'esecuzione della procedura di cui trattasi in tale setting assistenziale, senza pregiudizio per la sicurezza e per la qualità delle cure erogate.

Nel merito, il DPCM 12 gennaio 2017, recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, riporta all'allegato 4 il nuovo Nomenclatore Ambulatoriale, tra cui è ricompresa anche la

prestazione “*Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata*” codice 78.60 nella branca di Ortopedia, demandando la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ivi previste a successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i Servizi Sanitari regionali previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Nelle more dell’approvazione degli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sopra indicati, per l’individuazione della tariffa di Euro 1500 relativa alla prestazione “*Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata*” cod. 78.60 si è tenuto conto dell’analisi del DRG correlato come da documento tecnico sopra citato, nonchè di operazioni di benchmarking sul territorio nazionale.

La D.G.R. n. 35-3310 del 16 maggio 2016, con cui è stata disciplinata la Chirurgia ambulatoriale complessa e che ha individuato nuovi pacchetti di prestazioni chirurgiche da erogarsi in regime ambulatoriale, non prevede differenziazioni tariffarie per le strutture di Day Surgery di tipo C).

Sul versante delle tariffe delle prestazioni chirurgiche effettuabili ambulatorialmente, la D.G.R. n. 84 - 10526 del 29 dicembre 2008, avente ad oggetto “*Modificazioni e integrazioni al nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e identificazione della modalità di trasformazione del regime assistenziale di erogazione delle procedure chirurgiche effettuabili ambulatorialmente. Modificazione della D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004*”, prevede per l’intervento di cataratta (cod. 13.19.1) una tariffa di Euro 900 (per le strutture in fascia A di accreditamento), non riconosciuta alle strutture di Day Surgery di tipo C per le quali si precisa, vedi asterisco a pag. 1 dell’allegato 1 della D.G.R. n. 84-10526 citata, che la tariffa rimanga uguale a quella definita per l’attività di ricovero diurno alla data del 31/12/2008, quindi Euro 774 (tariffa contenuta nella D.G.R. n. 44-2139 del 7 febbraio 2006 al tempo vigente).

Infatti, alle strutture di Day Surgery di tipo C relativamente alle tariffe ospedaliere di cui alla D.G.R. n. 44-2139 del 7 febbraio 2006 e poi alla D.G.R. n. 14-6039 del 2 luglio 2013, oltre alle differenze tariffarie per fasce di accreditamento, veniva applicato un ulteriore abbattimento del 30%. Pertanto, se per l’intervento di cataratta in ricovero ordinario o diurno presso strutture di ricovero pubbliche e private accreditate è stata riconosciuta una tariffa di 1.105 Euro, per il ricovero nelle strutture di Day Surgery di tipo C) tale tariffa viene ridotta a Euro 774 ai sensi della D.G.R. n. 44-2139 del 7 febbraio 2006.

Essendo la tariffa di Euro 774 più bassa di quella stabilita dalla D.G.R. n. 84 - 10526 del 29 dicembre 2008 per la stessa prestazione effettuata in regime ambulatoriale (900 Euro), nel medesimo provvedimento è stato stabilito che per le strutture di Day Surgery di tipo C) la tariffa rimanesse uguale a quella del ricovero diurno, altrimenti la cataratta effettuata in regime ambulatoriale avrebbe avuto una valorizzazione maggiore rispetto alla cataratta erogata in regime di ricovero.

Per le altre prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 84 - 10526 del 29 dicembre 2008 (es. tunnel carpale) il problema non si è posto in quanto la tariffa in regime di ricovero diurno delle strutture di Day Surgery di tipo C), pur con il taglio del 30%, non risultava inferiore a quella stabilita per la stessa prestazione resa in regime ambulatoriale.

Come sopra richiamato, la D.G.R. n. 35-3310 del 16.5.2016 ha individuato nuovi pacchetti di prestazioni chirurgiche da erogarsi in regime ambulatoriale e le relative tariffe non prevedono differenziazioni per le strutture di Day Surgery di tipo C.

Considerato ora che le strutture di Day Surgery di tipo C) accreditate sul nostro territorio regionale non raggiungono la soglia di accreditabilità stabilita dalle disposizioni di cui al punto 2.5 dell'allegato 1 al D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") e dalle relative disposizioni attuative regionali e, pertanto, non possono sottoscrivere contratti con il SSR per l'attività di ricovero diurno, ma unicamente per l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Atteso che il DPCM 12 gennaio 2017 sopra citato riporta all'allegato 4 il nuovo Nomenclatore Ambulatoriale e all'allegato 6B le prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale (tra cui si annovera anche l'intervento di cataratta cod.13.19.1), demandando a successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, come già riferito la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste.

Ritenuto opportuno remunerare in modo uniforme sul territorio regionale, indipendentemente dalla tipologia di struttura sanitaria accreditata erogante, gli interventi di cataratta di cui al codice prestazione 13.19.1 del Nomenclatore regionale vigente, effettuati nel medesimo setting assistenziale (ambulatoriale).

Nelle more dell'approvazione degli appositi Accordi di cui all'art. 64 del DPCM 12/01/2017 sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, per la definizione di criteri uniformi per la individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni e della definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle disposizioni del DPCM 12 gennaio 2017, si ritiene di individuare quale tariffa per l'intervento di cataratta (codice prestazione 13.19.1) in regime ambulatoriale da attribuire a tutte le strutture sanitarie pubbliche, equiparate e private accreditate, comprese le strutture di Day surgery di tipo C, quella dettagliata nella tabella di cui all'allegato 1 della D.G.R. n. 84-10526 del 29/12/2008 e già valevole per le strutture di ricovero; tale scelta viene operata tenuto conto della tariffa già in vigore per le strutture di ricovero, come sopra esplicitato, di specifiche valutazioni di costi effettuate in struttura sanitaria pubblica nonché di operazioni di benchmarking sul territorio nazionale, depositate agli atti della Direzione.

Alla luce di quanto sopra premesso si ritiene pertanto:

- di revocare la disposizione di cui all'asterisco riportato a pag. 1 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 84-10526 del 29 dicembre 2008 (che modifica e integra la D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e successive modificazioni ed integrazioni), che recita: *"per le strutture che erogano attività di day surgery di tipo C la tariffa rimane quella attualmente riconosciuta per l'attività di ricovero diurno"*, riconoscendo alle strutture di Day surgery di tipo C) per l'effettuazione in regime ambulatoriale dell'intervento di cataratta (codice 13.19.1), la tariffa stabilita dalla suddetta D.G.R. n. 84-10526/2008 per l'erogazione della stessa prestazione resa in ambito ambulatoriale nelle altre strutture sanitarie secondo la tipologia di accreditamento.

- di stabilire che la nuova disposizione di cui al punto precedente sarà applicata a far data dal 20 maggio 2019 al fine di consentire il necessario adeguamento nell'ambito del sistema informatico regionale;

- di integrare l'Allegato B alla D.G.R. 16 maggio 2016 n. 35-3310 e l'Allegato 1 della D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 avente ad oggetto il Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, con la seguente prestazione, all'interno della branca Ortopedia:

Codice branca	NOTA	Codice prestazione	Descrizione prestazione	Linee guida	Tariffa
36	HS P	78.60	Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre e post intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.		1500

- di integrare la descrizione della prestazione cod. 38.59.A *“Legature e stripping di vene varicose dell’arto inferiore - Stripping della femorale poplitea, safena Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”* contenuta nell’allegato B della DGR 35-3310 del 16 maggio 2016, nell’ambito delle branche specialistiche di Chirurgia generale e di Chirurgia Vascolare, come di seguito specificato: *“Trattamento di vene varicose dell’arto inferiore, safena mediante legatura e stripping, termoablazione con o senza occlusione mediante sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”*;

- di demandare a successivo atto della Direzione Sanità l’aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, di cui alla DD n. 186 del 13 marzo 2019 secondo le modificazioni/integrazioni disposte con il presente provvedimento;

- di disporre che le prestazioni di cui al presente provvedimento potranno essere erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e relativi atti regionali, da ultimo previsti con D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018 e relativi provvedimenti attuativi.

Visto il D.Lgs. 502/1992 e smi;

visto il DPCM 12 gennaio 2017;

vista la D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018;

vista la D.G.R. n. 118-6310 del 22 dicembre 2017.

Dato atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto gli eventuali oneri rientrano nelle risorse assegnate annualmente con provvedimento di Giunta regionale alle Asl.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta Regionale, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

delibera

1. di revocare la disposizione di cui all'asterisco riportato a pag. 1 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 84-10526 del 29 dicembre 2008 che modifica e integra la D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, che recita: *“per le strutture che erogano attività di day surgery di tipo C la tariffa rimane quella attualmente riconosciuta per l'attività di ricovero diurno”*, riconoscendo alle strutture di Day surgery di tipo C) per l'effettuazione in regime ambulatoriale dell'intervento di cataratta (codice 13.19.1), la tariffa stabilita dalla suddetta D.G.R. n. 84-10526/2008 per l'erogazione della prestazione resa in ambito ambulatoriale nelle strutture sanitarie secondo la tipologia di accreditamento;

2. di stabilire che la nuova disposizione di cui al punto precedente sarà applicata a far data dal 20 maggio 2019 al fine di consentire il necessario adeguamento nell'ambito del sistema informatico regionale;

3. di integrare l'Allegato B alla D.G.R. 16 maggio 2016 n. 35-3310 e l'Allegato 1 della D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 avente ad oggetto il Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale con la seguente prestazione, all'interno della branca Ortopedia:

Codice branca	NOTA	Codice prestazione	Descrizione prestazione	Linee guida	Tariffa
36	HS P	78.60	Rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre e post intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.		1500

4. di integrare nell'ambito delle branche Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare la descrizione della prestazione cod. 38.59.A *“Legature e stripping di vene varicose dell'arto inferiore - Stripping della femorale poplitea, safena Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”* contenuta nell'allegato B della D.G.R. n. 35-3310 del 16 maggio 2016 come di seguito specificato:

“Trattamento di vene varicose dell'arto inferiore, safena mediante legatura e stripping, termoablazione con o senza occlusione mediante sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo”;

5. di demandare a successivo atto della Direzione Sanità l'aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, di cui alla D.D. n. 186 del 13 marzo 2019 secondo le modificazioni/integrazioni disposte con il presente provvedimento;

6. di disporre che le prestazioni di cui al presente provvedimento potranno essere erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale alle condizioni previste dai provvedimenti attuativi regionali disposti in applicazione degli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle restanti disposizioni statali in materia di programmazione economico-sanitaria e

relativi atti regionali, da ultimo previsti con D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018 e relativi provvedimenti attuativi.

La presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto gli eventuali oneri rientrano nelle risorse assegnate annualmente con provvedimento di Giunta regionale alle Asl.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, ovvero ancora al giudice ordinario per la tutela dei diritti soggettivi entro i termini di prescrizione previsti dal codice civile. In tutti i casi il termine decorre dalla data di comunicazione o piena conoscenza del provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. 22/2010.

(omissis)