

Deliberazione della Giunta Regionale 2 novembre 2009, n. 49-12479

**Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i. - ed ulteriori indicazioni.**

*Si ripubblica la presente deliberazione già pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 46 del 19 novembre 2009 senza gli allegati (ndr).*

A relazione dell'Assessore Artesio:

Con D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i la Giunta Regionale ha approvato l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni specialistiche che vengono effettuate a livello ambulatoriale e non ambulatoriale o riferite a particolari attività, erogabili nell'ambito del S.S.R., con la relativa regolamentazione e prescrizione.

Con successiva DGR n. 84 – 10526 del 29.12.2008 il nomenclatore tariffario regionale è stato aggiornato introducendo prestazioni di area chirurgica che, sotto il profilo di appropriatezza organizzativa, sono da garantirsi in regime ambulatoriale anziché in forma degenziale.

Premesso quanto sopra si rende necessario procedere a modifiche ed aggiornamenti conseguenti ad una evoluzione nelle modalità di erogazione di specifiche prestazioni , all'attuazione di provvedimenti regionali adottati per determinati ambiti specialistici, nonché a esigenze di definizione di azioni specifiche per alcune attività.

L'attuazione della D.G.R. n. 84 – 10526 del 29.12.2008 ha messo in rilievo l'esigenza di effettuare alcune integrazioni, che riguardano l'esecuzione dell'iniezione vitreale in regime ambulatoriale, per la necessità di specificare più dettagliatamente l'attività di controllo successiva all'intervento. Tale modifica permetterebbe di monitorare più adeguatamente gli esiti del predetto intervento, rispetto all'attuazione delle indicazioni derivanti da specifici protocolli assistenziali elaborati dagli specialisti.

Peraltro va ancora considerato che con i provvedimenti dell'AIFA sono state modificate le indicazioni relative all'uso di alcuni farmaci utilizzati per l'iniezione intravitreale e che i protocolli utilizzati al riguardo prevedono esplicitamente specifici controlli strumentali durante l'esecuzione di tali cure.

Considerato quanto sopra si rende necessario portare alcune modifiche nell'ambito delle attività ambulatoriali di oculistica, stabilendo, da un lato, che il riconoscimento economico della prestazione di iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche preveda anche la possibilità di richiesta di pagamento del farmaco somministrato ambulatorialmente attraverso l'utilizzo della procedura già in essere (file F), utilizzata per il rimborso di altri farmaci , dall'altro che siano inserite nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali erogabili per conto del SSN alcune specifiche prestazioni, che già oggi vengono effettuate e che sono necessarie per assicurare comportamenti corretti nella cura dei pazienti con particolari problemi oftalmologici. Tali prestazioni peraltro sono già presenti nelle proposte tecniche riguardanti il nuovo tariffario nazionale, redatte a livello nazionale

Inoltre la D.G.R. N. 84-10526 del 29.12.2008 conteneva alcuni errori materiali che è necessario correggere per permettere il buon andamento delle attività . In particolare all'allegato 1 del predetto provvedimento per la prestazione 86.30.0 "Asportazione o demolizione locale chirurgica di lesione di tessuto cutaneo e sottocutaneo" tra le branche di riferimento per l'erogazione è da inserire la branca di chirurgia plastica ( 12) in luogo della branca di endocrinologia (19). Invece per la prestazione 04.43 P "Liberazione del tunnel carpale" il riferimento è alle branche neurochirurgia (30), chirurgia plastica (12) e ortopedia e traumatologia (36). Inoltre l'Allegato 2 alla D.G.R. 84/2008 che individua le modalità di trasformazione del regime assistenziale da day surgery ad

ambulatoriale per l'erogazione delle prestazioni trattate dal medesimo provvedimento, al punto 4) cita la prestazione di iniezione intravitreale riportando per mero errore materiale il codice 14.45P anziché 14.75P come descritto nell'Allegato 1 al provvedimento stesso.

Peraltro per quest'ultima prestazione pare opportuno integrare la descrizione della stessa con l'indicazione delle procedure diagnostiche da eseguirsi alla fine dei trattamenti, provvedendo ad eliminare la lettera P dal codice della prestazione.

Le prestazioni ambulatoriali di cui alla citata D.G.R. 84 – 10526 del 29.12.2008 non vanno comprese tra quelle soggette allo sconto di cui alla DGR 5-6391 del 17.07.2007 per quanto riguarda il recepimento dell' art. 1, comma 796, lettera o della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006.

Ulteriore aggiornamento al nomenclatore regionale delle prestazioni specialistico- ambulatoriali si rende necessario per le branche di Allergologia (01), Chirurgia plastica (12), Nefrologia (29), Oculistica (34), Ostetricia e ginecologia (37) e Laboratorio analisi (98), Radiologia diagnostica (69), Urologia (43), Cure palliative (81) al fine di garantire coerenza con i provvedimenti regionali di settore già adottati a livello regionale o per l'evoluzione tecnologica o modalità di esecuzione intervenute nel tempo.

A tal proposito si richiama in particolare la D.G.R. n. 7-12382 del 26 ottobre 2009 “Approvazione documento tecnico programmatico sull'attività di Procreazione Medicalmente Assistita” con la quale si introduce la tematica dei costi relativi all'applicazione delle tecniche per la medesima nell'ambito del SSR, evidenziando come il percorso della PMA sia nel suo complesso ragionevolmente sostenibile per il nostro SSR a fronte dell'attuale situazione in cui le coppie pagano direttamente le prestazioni non presenti nel vigente nomenclatore tariffario. Le prestazioni di PMA saranno erogate a carico del SSR secondo i criteri e le modalità identificate nel provvedimento regionale di cui alla già citata D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009.

Tra gli aggiornamenti è indispensabile procedere all'assegnazione delle prestazioni di “ VISITA GENERALE - prima visita “ – cod. 89.7 e “ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Visita successiva alla prima” – cod. 89.01 alle singole specialità come classificate nell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere e di cui all'Allegato B al presente provvedimento. Tale modifica si rende necessaria al fine di un adeguato monitoraggio delle prime visite specialistiche e relative visite di controllo effettuate dalle singole Aziende Sanitarie regionali.

Le strutture sanitarie private accreditate con il SSR potranno utilizzare esclusivamente i codici delle branche specialistiche per le quali sono stati accreditati.

Gli aggiornamenti sono quelli di cui agli Allegati A, B e C al presente provvedimento.

Nell'ambito del Piano regionale di Lotta alla diffusione delle IST e dell'HIV/AIDS approvato con DGR n. 46-10149 del 24/11/2008 tra le azioni relative alla risposta del bisogno di salute che riguarda la popolazione sieropositiva per HIV, alcune esperienze nazionali hanno suggerito l'opportunità di sperimentare in Regione Piemonte un percorso plurispecialistico per il trattamento della lipodistrofia e dei dismetabolismi HIV correlati finalizzato alla diagnosi, prevenzione e alla cura delle alterazioni morfologiche e metaboliche legate all'infezione da HIV. Nel rispetto del percorso previsto dallo specifico protocollo relativo al percorso assistenziale identificato, i regimi assistenziali più appropriati per le prestazioni di chirurgia plastica previste risultano essere: il Day Surgery per interventi di lipostruttura secondo Coleman, di liposuzioni e di exeresi e l'attività ambulatoriale per la ricostruzione facciale con impianto di materiali riassorbibili o non riassorbibili. Per quanto concerne l'attività svolta in Day Surgery si rinvia a quanto previsto dalla regolamentazione regionale sulle degenze, mentre per quanto concerne l'attività ambulatoriale la prestazione è identificata come di seguito specificato:

“impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale” cod. 86.61.A (branca 12 – Chirurgia plastica) con la previsione della possibilità di richiesta di pagamento del farmaco somministrato ambulatorialmente attraverso il rimborso tramite l'apposita procedura già utilizzata per il rimborso di altri farmaci (file F).

Le predette attività sono assicurate esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dai protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno

presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007). La dislocazione su questi due poli, che hanno in carico più del 70% della popolazione sieropositiva per HIV del Piemonte, dovrebbe, in questa prima fase sperimentale, permettere di soddisfare le esigenze di tutta la popolazione sieropositiva per HIV in carico presso le altre unità operative di malattie infettive regionali.

Con D.G.R. n. 39-2418 del 20 marzo 2006 è stata approvata la sperimentazione relativa alla circoncisione rituale nell'età pre-puberale, da effettuarsi in regime di day surgery presso l'Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM/S. Anna di Torino, a favore di coloro che ne avrebbero fatta specifica richiesta, ivi compresi i cittadini extra comunitari purchè in regola con il permesso di soggiorno.

Il provvedimento stabiliva altresì che la sperimentazione doveva svilupparsi per il periodo di dodici mesi e doveva essere garantita da personale medico ed infermieristico in "over time" per non compromettere l'attività ordinaria dell'Ospedale.

Al termine della sperimentazione l'Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM/S. Anna ha provveduto alla rendicontazione della sperimentazione sia per quanto attiene l'aspetto economico, sia in termini di prestazioni erogate e di relative dimissioni.

La radicata convinzione religiosa e culturale delle etnie che nel rispetto della tradizione attuano tale pratica, impone, nell'ambito della nostra società, di fornire le opportunità più idonee a evitare che si ricorra a forme non del tutto compatibili con il più rigoroso rispetto dell'igiene e dell'asepsi, con conseguenze negative sulla salute del soggetto circonciso.

Le dimensioni dell'attività specialistica di cui trattasi (gli interventi, realizzati secondo un protocollo assistenziale predefinito, sono stati 123 ed hanno interessato prevalentemente pazienti nella fascia di età 0-3 anni (75%) e 4-6 anni (22%), sono tali da poterne prevedere l'inserimento nelle attività ordinarie ospedaliere senza incidere in modo significativo sulle attività programmate e senza determinare un prolungamento delle liste d'attesa per attività chirurgica.

La circoncisione rituale a tutt'oggi praticata per ragioni religiose nell'età prepuberale non presenta elementi di illecità come ampiamente sottolineato dal Comitato Nazionale per la Bioetica.

Premesso quanto sopra illustrato si ritiene di inserire tra le attività delle Aziende Sanitarie l'intervento di circoncisione rituale al fine di assicurare l'espletamento della procedura in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria per il paziente, per prevenire conseguenze negative sulla salute del soggetto circonciso, con possibili aggravii nei costi sanitari derivanti dal trattamento delle eventuali complicanze.

Il D.P.C.M. 29.11.2001, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, esclude tale pratica dalle prestazioni assicurate dal SSN, per cui si ritiene di stabilire una compartecipazione da parte del cittadino nella misura di euro 60,00 se l'intervento è effettuato in regime ambulatoriale (cod. 64.01) ed euro 150,00 se effettuato in regime di ricovero e dovrà essere codificato sulla SDO come diagnosi principale V502 "circoncisione rituale o di routine" e come procedura di intervento 640 "circoncisione".

La prestazione è erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche.

Inoltre sono stati rivisitati i Livelli Essenziali di Assistenza per le prestazioni ambulatoriali di RRF di cui alla D.G.R. 49-6478 del 1 luglio 2002, dopo aver esaminato il loro andamento nel periodo 2005-2007, in particolare per aggiornare i criteri di appropriatezza prescrittivi della terapia fisica.

In particolare l'analisi dei dati relativi all'erogazione di prestazioni di terapia fisica evidenzia una pratica prescrittiva inappropriata nelle disabilità 4, 5 e 6. In queste disabilità, l'impiego di terapia fisica svolge un ruolo prevalentemente antalgico e/o antinfiammatorio nel trattamento della patologia flogistica e degenerativa dell'apparato locomotore e non può svolgere azione preventiva sul sintomo dolore e sulla evoluzione degenerativa. Spesso i cicli sono ripetuti senza soluzione di continuità ed sono trattati contemporaneamente più distretti dello stesso paziente, senza valutazione di efficacia terapeutica, inducendo un comportamento consumistico ed una scarsa attenzione alla modifica degli stili di vita.

Si è esaminato il D.M. 23.04.08 relativo ai LEA, in fase di revisione a livello ministeriale, cogliendo gli aspetti innovativi. Pertanto, al fine di garantire livelli di assistenza appropriati nel trattamento delle disabilità, risulta necessario integrare le linee stili guida regionali attuative dei LEA, secondo il tipo di disabilità.

I documenti ministeriali relativi alla rivisitazione delle prestazioni riabilitative, che hanno recepito per altro anche i principi dell'ICF, hanno ribadito l'importanza della partecipazione attiva del paziente al proprio processo riabilitativo in una prospettiva non solo di recupero dell'autonomia possibile, ma anche di una risocializzazione a tutto campo. L'approccio terapeutico sta cambiando, superando quegli aspetti meramente prestazionali, per passare ad una cooperazione fra operatori sanitari - paziente – care giver nel perseguimento dei risultati.

Questo ha comportato che le prestazioni di sola terapia strumentale sono state superate, mentre è stato valorizzato il momento formativo, educativo, cooperativo e responsabilizzante all'autogestione delle cronicità.

Di conseguenza le disabilità 6, precedentemente caratterizzate da sola terapia strumentale non hanno più ragion d'essere ed i criteri di prescrivibilità delle prestazioni riabilitative sono stati adeguati.

Conseguentemente a quanto sopra descritto i criteri di appropriatezza rispetto alle singole disabilità sono quelle di cui all'Allegato C al presente provvedimento.

Sulla scorta delle argomentazioni sopra riportate, il Relatore propone alla Giunta Regionale l'approvazione dell'ulteriore aggiornamento e correzione del nomenclatore tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale e delle ulteriori disposizioni per specifici interventi secondo quanto descritto in premessa.

La Giunta Regionale, udito il Relatore;

- vista la D.G.R. n. 49-6478 dell'1.07.2002;
- vista la D.G.R. n. 73-13176 del 26.7.2004;
- vista la D.G.R. n. 37-13743 del 25.10.2004;
- vista la D.G.R. n. 24-15233 del 30.3.2005;
- vista la D.G.R. n. 84 - 10526 del 29.12.2008
- vista la D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009,

all'unanimità,

*delibera*

- di approvare, a decorrere dal 1° dicembre 2009 :

a) l'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale di assistenza specialistica ambulatoriale, approvato con D.G.R. n. 73-13176 del 26.7.2004 e s.m.i., e delle linee guida per attività ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 49-6478 dell'1.07.2002, così come indicato agli Allegati B e C che costituiscono parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione;

b) le modifiche alla D.G.R. n. 84 – 10526 del 29.12.2008 come indicato in premessa e riportato nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento. Tali prestazioni ambulatoriali non sono soggette allo sconto di cui alla D.G.R. n. 5-6391 del 17.07.2007 per quanto riguarda il recepimento dell' art. 1, comma 796, lettera o della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006..

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato