

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale
9ª legislaturaStruttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione e Programmazione
SanitariaPresidente
Vicepresidente
Assessori

		P	A
Luca	Zaia		
Marino	Zorzato		
Renato	Chisso		
Roberto	Ciambetti		
Luca	Coletto		
Maurizio	Conte		
Marialisa	Coppola		
Elena	Donazzan		
Marino	Finozzi		
Massimo	Giorgetti		
Franco	Manzato		
Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival		

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 859 del 21 giugno 2011

OGGETTO: Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo di diverso regime erogativo.

NOTE PER LA TRASPARENZA: La continua evoluzione delle conoscenze in campo clinico e diagnostico parallelamente all'evolversi delle tecnologie e all'affinamento delle metodiche di diagnosi ha reso necessario apportare alcuni aggiornamenti al Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, autorizzando l'erogazione di nuove prestazioni in tale setting assistenziale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con DGR n. 4776 del 30 dicembre 1997, alla luce del D.M. 22.7.1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.N. e relative tariffe", la Giunta Regionale ha approvato il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e le relative tariffe, oltre alle specifiche regole e prescrizioni applicative, secondo quanto riportato negli allegati del provvedimento stesso.

Con successiva DGR n. 5270 del 28 dicembre 1998, modificata dalla DGR n. 248 del 2 febbraio 1999, è stato approvato, con decorrenza 1° gennaio 1999, il primo aggiornamento dello stesso; la deliberazione n. 3051 del 16 novembre 2001 ha poi disposto la conversione in euro delle tariffe.

A seguito dell'emanazione del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" la Giunta Regionale, con DGR n. 492 dell'8 marzo 2002, DGR n. 2227 del 9 agosto 2002 e DGR n. 3972 del 30 dicembre 2002, ha recepito lo stesso ed ha emanato disposizioni applicative che hanno comportato ulteriori modifiche al Nomenclatore Tariffario, vale a dire a ciò che costituisce "livello essenziale di assistenza" per la specialistica ambulatoriale nell'ambito della Regione Veneto.

Successivamente, in attuazione di quanto previsto dall'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001 appena citato, il Nomenclatore è stato ulteriormente modificato con l'introduzione di alcune prestazioni, prima erogate solamente in regime di ricovero ospedaliero, che si è proceduto a ricondurre anche al regime ambulatoriale secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Si richiamano, a tal proposito, la DGR n. 2883 del 3 ottobre 2003, la DGR n. 2468 dell'1 agosto 2006, la DGR n. 2612 del 7 agosto 2007 e la DGR n. 3850 del 5 dicembre 2006 per quanto riguarda le prestazioni "inserzione del cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta", "legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore", "liberazione del tunnel carpale". Va inoltre menzionata la

DGR n. 3734 del 20 aprile 2007 che ha introdotto nel Nomenclatore tariffario le prestazioni relative alla riparazione di ernia inguinale e femorale. Infine, con DGR n. 734 del 20 marzo 2007 e DGR n. 2140 del 10 luglio 2007 si è provveduto ad inserire nel Nomenclatore Tariffario anche le prestazioni di radioterapia e chemioterapia, rendendole erogabili anche in regime ambulatoriale.

Nelle more di una generale revisione del Nomenclatore Tariffario conseguente alla più volte annunciata ridefinizione a livello nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001, l'Amministrazione regionale ritiene opportuno e non più rinviabile apportare alcune necessarie modifiche in ordine all'erogazione di alcune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e all'utilizzo dei diversi regimi erogativi.

La necessità di apportare tali modifiche al Nomenclatore Tariffario Regionale è dettata principalmente dalle seguenti esigenze:

1. aggiornare alcune voci, non più pienamente rispondenti alle reali modalità di erogazione nel territorio veneto;
2. modificare la descrizione di alcune prestazioni presenti nell'attuale Nomenclatore, inserendo specifiche integrazioni o dandone una definizione più chiara, anche al fine di garantire omogeneità applicativa;
3. aggiornare, dove è emersa la necessità, il numero di sedute per alcune prestazioni terapeutiche per garantire l'efficacia delle stesse in relazione alla patologia e alle condizioni fisiche del paziente;
4. definire per alcune prestazioni le condizioni di erogabilità per garantirne l'appropriatezza;
5. ricondurre, alla luce di quanto previsto dall'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", così come recepito dalla DGR n. 2227 del 9 agosto 2002 e dal Patto per la salute 2010-2012 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (rep. 243/CSR) anche al regime di erogazione ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, ulteriori prestazioni attualmente effettuabili solo in regime di ricovero;
6. inserire nuove prestazioni, individuate con la nota convenzionale "I", sia innovative sia di uso corrente, delle quali la Regione ha stabilito l'erogabilità nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a proprio carico, rivedendo così anche la disciplina regionale delle c.d. "prestazioni di nicchia".

Va peraltro segnalato che le modifiche proposte sono in linea con la revisione generale della nomenclatura, ultimata a livello nazionale (non ancora adottata) dal gruppo di lavoro ristretto del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali" composto sia da rappresentanti delle regioni, tra cui la Regione Veneto, che da medici specialisti ambulatoriali, esperti nelle varie branche/discipline e tengono conseguentemente conto del materiale medico-scientifico acquisito e valutato in tale sede.

Inoltre, a supporto delle scelte operate, è stato utilizzato anche il materiale scientifico/economico - relativamente alle indicazioni cliniche, al miglioramento dell'efficacia diagnostica e/o terapeutica, alla valutazione dei costi sui fattori produttivi impiegati - allegato alle numerose richieste di introdurre nuove prestazioni nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale pervenute in questi anni presso gli uffici regionali.

Ciò premesso, si procede ad illustrare sinteticamente le principali modifiche di cui si propone l'approvazione.

Con deliberazione n. 2883 del 3 ottobre 2003 la Giunta Regionale ha introdotto il concetto di prestazione "di nicchia", definendola come una prestazione ambulatoriale relativa a malattie rare o a settori di alta specializzazione per la quale, non ricorrendo il concetto di "diffusibilità", non era ancora stato previsto l'inserimento nel Nomenclatore Tariffario, ivi stabilendo le condizioni per l'erogazione di dette

prestazioni, ritenute indispensabili da alcuni specialisti al fine di una corretta diagnosi e/o cura, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Il progredire costante delle nuove conoscenze in campo clinico e diagnostico, parallelamente all'evolversi delle tecnologie e all'affinamento delle metodiche di diagnosi, ha fatto sì che sia le Aziende ULSS che le Aziende Ospedaliere abbiano sovente richiesto in questi anni l'autorizzazione ad erogare, a carico del Servizio Sanitario Regionale, prestazioni specialistiche ambulatoriali di "nicchia" non previste dal vigente Nomenclatore regionale.

Nel contempo, il progresso scientifico ha promosso l'utilizzo di molte prestazioni rientranti a livello regionale nel concetto "di nicchia", tanto da far assumere alle stesse quella caratteristica di "diffusibilità", che ne giustifica l'inserimento nel Nomenclatore. Inoltre, l'esperienza maturata ha messo comunque in evidenza l'esigenza di una maggior tracciabilità di dette prestazioni e di uniformità di tariffa di remunerazione per tutti gli erogatori autorizzati ad erogarle, condizioni non garantite dalla relativa disciplina. Si ritiene, quindi, di inserire tutte le prestazioni attualmente c.d. di nicchia nel nomenclatore tariffario assoggettandole alle regole generali, anche di compartecipazione alla spesa sanitaria, salvo aver determinato, a seconda delle caratteristiche e della specificità delle stesse, limiti di erogazione, sia per quanto riguarda il soggetto erogatore, sia in relazione alla patologia e alla tipologia di paziente a cui possono essere erogate secondo il canone generale dell'appropriatezza clinica.

Pertanto, dalla data di entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario, come modificato dal presente provvedimento, non troverà più applicazione la disciplina delle prestazioni di nicchia di cui alla DGR 2883/2003 e la nota della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 174500/50.08 del 30 marzo 2009 con i relativi allegati A e B, con la quale, da ultimo, erano state autorizzate le varie aziende richiedenti.

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali che sono state meglio specificate, ai fini prevalentemente organizzativo-gestionali, meritano particolare attenzione "le prime visite specialistiche" (cod. 89.7) e "le visite specialistiche di controllo" (cod. 89.01).

Innanzitutto si è ritenuto di specificare meglio la definizione di prima visita e visita di controllo – follow up al fine garantire uniformità applicativa.

La prima visita è quella in cui il problema clinico del paziente è affrontato per la prima volta, è predisposta appropriata documentazione e impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente noto per una patologia cronica che presenta un nuovo problema clinico.

La visita di controllo – follow up è intesa come l'accesso successivo in cui un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esistente è aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento degli esiti dell'intervento. Analogamente possono essere definite successive al primo accesso anche quelle prestazioni programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente, qualora il precedente inquadramento diagnostico necessiti di approfondimento.

Sono sempre da ritenersi visite di controllo – follow up tutte quelle prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia in ricetta, ai sensi di quanto previsto dal D.M. 28.5.1999, n. 329 e dalle ulteriori disposizioni regionali, volte a monitorare la malattia, a valutare le complicanze di nuova insorgenza, alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti e ciò anche se il paziente accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una branca/disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente, essendo già presente l'inquadramento diagnostico.

A tale proposito si ricorda che l'attestato di esenzione, rilasciato dall'Azienda Sanitaria locale di residenza dell'assistito, consente di fruire, su tutto il territorio nazionale, delle prestazioni specificamente previste dallo stesso, tra cui la visita specialistica di controllo, corrispondente al codice 89.01 "Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima", così come definita dal D.M. del 22 luglio 1996.

Inoltre, alla luce del lavoro di revisione generale del Nomenclatore ultimato a livello nazionale dal gruppo tecnico ristretto del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali", si è ritenuto opportuno dettagliare

la prima visita e la visita di controllo, fino ad ora previste con un codice generale, in relazione alle singole branche specialistiche presenti nel Nomenclatore Tariffario, attribuendo codici identificativi specifici. All'atto della compilazione della ricetta il medico prescrittore dovrà utilizzare i nuovi codici alfanumerici a cinque caratteri che, pur mantenendo la radice comune "89.01" oppure "89.7" specificano nel dettaglio la branca specialistica di riferimento. Ciò garantisce maggior tracciabilità delle prestazioni, anche per il monitoraggio richiesto dal Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa, la disponibilità di maggiori informazioni, rilevanti sia ai fini dei sistemi di controllo dell'appropriatezza, sia a supporto delle politiche programmatiche.

Peraltro, nel caso in cui il prescrittore non individui tra le declinazioni della prima visita o della visita di controllo di nuova introduzione quella di interesse, ad esempio perché relativa ad una disciplina non riconducibile ad una branca specialistica o nel caso delle esenzioni (essendo necessario far riferimento al codice prestazione espressamente previsto dall'esenzione) può ancora utilizzare i codici generici "89.01" e "89.7", tuttora presenti nel Nomenclatore nella Branca "Altre Prestazioni".

Sempre con riferimento alle visite sono state introdotte nuove prestazioni identificate con il codice:

N.T. I 89.02 VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA Tariffa 3,00 euro

Tale prestazione può essere richiesta esclusivamente dallo specialista che, in occasione di prima visita, a fronte di un primo inquadramento diagnostico, abbia ravvisato la necessità di ulteriori visite specialistiche di altra branca o disciplina e/o di esami strumentali, rimandando ad un successivo momento la visione dei relativi referti per il completamento diagnostico; lo stesso è tenuto a motivare la richiesta al medico inviante.

N.T. I 89.7C.3 PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA Tariffa 20,50 euro

La previsione di tale prestazione è giustificata dalla possibilità di erogare, in un immediato futuro, anche in regime ambulatoriale alcune prestazioni di Radiologia Interventistica, da individuare a cura di gruppi tecnici di lavoro di prossima istituzione.

N.T. I 89.7R.1 PRIMA VISITA REUMATOLOGICA Tariffa 20,50 euro

L'inserimento è giustificato dalla necessità di tracciabilità e monitoraggio di tale prestazione, anche con riferimento ai tempi di attesa, in considerazione dell'importanza clinica della stessa, visto il crescente aumento di pazienti affetti da patologia reumatica, e anche al fine del rilascio della certificazione della Sindrome di Sjögren per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa (DGR n. 2049 del 3/7/2007).

A fini organizzativi e di tracciabilità si è anche differenziata la visita ginecologica dalla visita ostetrica, sostituendo l'attuale codice e la relativa descrizione con le seguenti:

N.T. I 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA.

Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3. Tariffa 20,50 euro

N.T. I 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA. Non associabile a 89.26.1. Tariffa 20,50 euro

Va poi evidenziato che alcune visite sono state completate nella parte descrittiva, aggiungendo atti clinici, manovre o esami strumentali necessari per la formulazione della diagnosi, nella pratica spesso già effettuati dagli specialisti.

Analogamente con quanto fatto per le visite specialistiche, le prestazioni di diagnostica per immagini sono state in grande misura precisate, individuando codici nuovi e perfezionando, con descrizioni più pertinenti, l'individuazione dell'organo o del segmento corporeo oggetto di esame, al fine di facilitare una più appropriata prescrizione e garantire uniformità di erogazione.

Per quanto riguarda l'ecografia in ostetricia, si è ritenuto opportuno differenziare le ecografie di routine a cui vengono sottoposte le gestanti generalmente secondo le cadenze temporali del percorso gravidanza di cui al D.M. 6.3.1995, dall'ecografia c.d. "morfologica" che presenta, in relazione alle finalità che la contraddistinguono (diagnosi delle malformazioni fetali), complessità e connotati clinici diversi dagli altri esami ecografici, con tempi di esecuzione superiori a quelli necessari per una normale ecografia ostetrica. A questo scopo è stata inserita nel NT la seguente prestazione, unitamente alle opportune condizioni di erogabilità, con una nuova tariffa che tiene conto delle peculiarità di tale esame:

N.T. 88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA.

Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza. Non associabile a cod. 88.75.1; Tariffa 129,10 euro

Alcune prestazioni, già presenti nel NT, hanno negli anni, in relazione all'esito diagnostico richiesto, evidenziato problematiche sia nel momento della prescrizione, sia in fase di erogazione. Si sono pertanto sentiti alcuni specialisti del settore pubblico e delle strutture private accreditate e sono state prese in esame le prestazioni che presentavano queste criticità. Si è quindi convenuto in relazione alle esigenze cliniche e prescrittive di introdurre prestazioni sostitutive o, in casi più complessi, di modificare la descrizione originaria o effettuare alcuni accorpamenti. In particolare, l'esame elettromiografico è stato parzialmente sostituito con i seguenti nuovi inserimenti:

N.T. IEA 93.08.S STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO.

Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod. 93.09.2. Tariffa 125,40 euro

N.T. IEA 93.08.T STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO.

Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod. 93.09.2. Tariffa 114,00 euro

N.T. IEA 93.08.V STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale.

Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1, cod. 93.09.2, cod. 95.25 e POLISONNOGRAFIA (89.17). Tariffa 79,80 euro

N.T. IEA 93.08.Z STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO.

Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod. 93.09.2. Tariffa 79,80 euro

In considerazione delle modifiche effettuate, qualora l'elettromiografia sia richiesta per un paziente non esente per patologia cronica, la prestazione da erogare dovrà corrispondere sempre a una delle prestazioni sopra riportate che comprende l'intero percorso utile alla soluzione del quesito diagnostico, compreso lo studio comparativo dell'arto contro laterale. Invece, per il paziente esente si dovrà continuare ad utilizzare la prestazione con il codice 93.08.1 per le esigenze della disciplina nazionale in tema di esenzioni.

Si è poi proceduto ad inserire nel Nomenclatore, per garantire una corretta e non dolorosa esecuzione di alcune tipologie di indagini diagnostiche, la seguente prestazione:

N.T. IE 99.29.A SEDAZIONE COSCIENTE.

Associabile alle endoscopie e biopsie in corso di endoscopia, TAC e RM. Tariffa 20,00 euro

Proseguendo nel percorso iniziato fin dall'anno 2003, volto a favorire il corretto utilizzo dei diversi regimi erogativi (ricovero/ambulatoriale), con il presente atto si procede, in adempimento del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 adottato dalla Conferenza Stato-Regioni-PA mediante l'intesa del 3 dicembre 2009 (rep. 243/CSR), al trasferimento anche al regime ambulatoriale, di tutte le prestazioni (non ancora ricondotte con i precedenti provvedimenti regionali citati) indicate nell'Allegato A alla medesima intesa, che sono state definite ad alto rischio di non appropriatezza se erogate in regime di day surgery, dal momento che lo sviluppo della pratica medica, dell'organizzazione ospedaliera, oltre che la disponibilità di nuove

tecnologie sanitarie consentono l'erogazione delle stesse in regime ambulatoriale, in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore.

Conseguentemente si procede ad inserire nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. IHEA 04.44 LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHEA 08.72 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE.

Escluso: cod. 08.44 e cod.08.6.

Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1166,60 euro

N.T. IHA 08.74 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE.

Escluso: cod. 08.44 e cod. 08.6.

Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1166,60 euro

N.T. IHA 13.19.1 INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE.

Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.70.1 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fatico).

Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.72 IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE.

Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.8 RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO.

Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 850,00 euro

N.T. IHA 53.41 RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1140,00 euro

N.T. IHA 53.49.1 RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1140,00 euro

N.T. IHA 77.56 RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,00 euro

N.T. IHA 80.20 ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1158,80 euro

N.T. IHA 81.72 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHA 81.75 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHEA 84.01 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHEA 84.02 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHEA 84.11 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DEL PIEDE.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHA 98.51.1 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta.

Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2. Tariffa 774,70 euro

N.T. IHA 98.51.2 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE.

Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1. Tariffa 560,75 euro

N.T. IHA 98.51.3 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta.

Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Tariffa 560,75 euro

Inoltre, il Coordinamento Controlli Sanitari, Appropriatazza e Liste d'Attesa della Regione Veneto, in base alla documentazione scientifica agli atti, ha individuato ulteriori prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006, "Attività erogabili in regime di ricovero diurno" e successivi decreti integrativi di aggiornamento (da ultimo, decreto del Dirigente Regionale della già Direzione per i Servizi sanitari n. 123 del 22 dicembre 2009), attualmente erogate in regime di ricovero diurno che possono essere erogate anche in regime ambulatoriale, in condizioni di totale sicurezza per il paziente e con maggiore appropriatezza d'uso delle risorse disponibili.

Conseguentemente, si autorizza l'erogazione delle stesse anche in regime ambulatoriale e si procede ad inserire nel Nomenclatore della specialistica le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. IHEA 04.49 LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE.

Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHA 08.38 CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Escluso: cod. 08.44 e cod. 08.6.

Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1160,60 euro

N.T. IHA 11.99.5 IMPRINTING [CORNEO-CONGIUNTIVALE], [CROSS LINKING].
 Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1800,00 euro

N.T. IHA 14.75 INEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE.
 Incluso: esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visita di controllo. Tariffa 235,00 euro

N.T. IHA 39.27 CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.27.1 CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.42 REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.43 CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IH 44.14.1 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13 Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 44.19.3 ECOENDOSCOPICA ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13, 44.14.1 Tariffa 112,00 euro

N.T. IHR 44.93.1 POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHR 44.94.1 RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO. Tariffa 64,85 euro

N.T. IH 45.29.5 ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a: 45.23, 45.23.1, 45.24 e 45.26.1 Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 48.29.2 ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA. Non associabile a: 48.23, 45.29.5, 48.24.1 Tariffa 72,50 euro

N.T. IH 52.13 ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA. Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 52.14 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA Tariffa 150,00 euro

N.T. IHA 68.16.Z BIOPSIA DELL'UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE
 Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 945,00 euro

N.T. IHA 69.09 ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO.
 Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 945,00 euro

N.T. IHA 80.61 ARTROSCOPIA CHIRURGICA.
 Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 2005,00 euro

- N.T. IHA 80.74 SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.16 ARTRODESI METATARSOFALANGEA.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.25 ARTRODESI CARPORADIALE.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.26 ARTRODESI METACARPOCARPALE.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.27 ARTRODESI METACARPOFALANGEA.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.28 ARTRODESI INTERFALANGEA.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHA 81.75 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro
- N.T. IHEA 82.21 ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHEA 82.22 ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHEA 82.29 ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHEA 82.31 BORSECTOMIA DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro
- N.T. IHEA 82.41 SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1294,00 euro
- N.T. IHEA 82.45 SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO.
Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1294,00 euro
- N.T. IHEA 82.46 SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1467,00 euro

N.T. IHEA 82.53 REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1467,00 euro

N.T. IHEA 82.54 REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.91 LISI DI ADERENZE DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 86.4A.9 ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 950,00 euro

N.T. IHEA 86.85 CORREZIONE DI SINDATTILIA.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1448,00 euro

N.T. IHEA 86.86 ONICOPLASTICA.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 900,00 euro

Infine, il tavolo tecnico sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) istituito con decreto del Dirigente Regionale della già Direzione per i Servizi sanitari n. 101 del 21 luglio 2010, composto per lo più da specialisti in ostetricia e ginecologia, esperti in tale ambito, in linea con i risultati del gruppo tecnico del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali", ha confermato la possibilità di erogare anche in regime ambulatoriale, le prestazioni relative alle principali procedure del percorso della Procreazione Medicalmente Assistita, quale setting assistenziale più appropriato. Conseguentemente, vengono inserite nel Nomenclatore Tariffario le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. HIR* 69.92.3 FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (FIVET/ICSI).

Incluso coltura. Tariffa 600,00 euro

N.T. HIR* 69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA).

Incluso valutazione adeguatezza prelievo. Tariffa 100,00 euro

N.T. HIR* 69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET).

Escluso per via laparoscopica. Tariffa 200,00 euro

N.T. HIR* 69.92.6 TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO.

Escluso per via laparoscopica. Tariffa 200,00 euro

N.T. HI 87.83.1 ISTEROSALPINGOSONOGRRAFIA non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2 Tariffa 68,00 euro

N.T. I 87.83.2 ISTEROSONOGRRAFIA non associabile alla prestazione 88.78.2 Tariffa 49,00 euro

Si evidenzia, inoltre, che tutte le prestazioni, prima erogate in regime di ricovero, rese erogabili anche in regime ambulatoriale, sono caratterizzate nel Nomenclatore dalla lettera H. Esse sono erogabili cioè esclusivamente presso gli istituti di ricovero ospedaliero sia pubblici che privati accreditati attualmente abilitati all'erogazione delle medesime prestazioni in regime di ricovero.

Resta inteso che rimane invariata l'erogabilità in regime di ricovero delle medesime prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale, qualora le condizioni cliniche lo richiedano.

A tal proposito va ricordato che per tutte le prestazioni erogate in regime di ricovero, la cui erogazione con il presente provvedimento è stata consentita anche in regime ambulatoriale, con successivo provvedimento si provvederà a stabilire il valore percentuale/soglia di ammissibilità delle medesime prestazioni in regime di ricovero.

Va precisato, inoltre, che le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale con il presente provvedimento, se eseguite in tale setting nel corso del 2011, verranno remunerate nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera, secondo le tariffe determinate dal presente provvedimento.

Per favorire il corretto utilizzo dei vari regimi erogativi anche le strutture private accreditate per la sola funzione di ricovero possono erogare le prestazioni trasferite anche in regime ambulatoriale nella branca specialistica corrispondente a carico del SSR, nel rispetto dei requisiti di cui alla legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 e successivi provvedimenti attuativi, utilizzando le strutture già oggetto di autorizzazione e accreditamento per la corrispondente funzione ospedaliera. Ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accREDITAMENTO istituzionale della relativa branca specialistica.

A tal fine, il legale rappresentante della struttura privata accreditata per le funzioni ospedaliere deve inoltrare preventiva richiesta alla Segreteria per la Sanità, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare alla funzione ospedaliera già accreditata, consentirà l'erogazione anche in tale diverso regime.

Per quanto riguarda l'aspetto delle tariffe, in attesa della loro generale revisione prevista a livello nazionale e regionale, che tenga conto anche dei risultati dello studio commissionato dalla Regione al Cergas dell'Università "Luigi Bocconi" di Milano, ci si è limitati a determinare la tariffa per le prestazioni di nuova introduzione e ad apportare qualche altra lieve modifica, sempre con riferimento alle sole prestazioni oggetto di revisione che sono state accorpate o integrate o specificate come appena descritto, eliminando conseguentemente per le prestazioni riviste quella differenza di tariffa esistente a fini ticket e ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori. Pertanto in alcuni casi, l'assistito, qualora non esente, potrà rilevare una lieve modifica del ticket da corrispondere quale compartecipazione alla spesa sanitaria, per quelle prestazioni oggetto di aggiornamento, entro il limite massimo di compartecipazione per ricetta, pari ad Euro 36,15.

Per la determinazione delle tariffe delle prestazioni di nuovo inserimento si è tenuto conto dei criteri di cui all'art. 8 sexies del d.lgs. 31.12.1992, n. 502 come modificato dall'art. 79 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133 del 6 agosto 2008 che individua per la definizione delle tariffe massime nazionali la possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffe già utilizzate nelle varie regioni.

Pertanto, alcune tariffe delle prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale sono state determinate facendo riferimento ai vigenti tariffari delle altre regioni; in altri casi le tariffe sono state stabilite rimodulando le tariffe associate ai corrispondenti DRG, tenendo conto della tipologia di prestazione e dell'impegno richiesto, e parametrando il valore anche in relazione alle tariffe di prestazioni similari.

Nel Nomenclatore Tariffario è stata inoltre introdotta una nuova colonna "Nota Regionale" in cui è presente per ogni prestazione una lettera o un numero che segnala se si tratta di una prestazione da erogare a tutti gli assistiti, perché livelli essenziali di assistenza (LEA) nazionali ovvero solo ai residenti veneti perché prestazioni che costituiscono LEA aggiuntivi o perché prestazioni rientranti in quella categoria da erogare, ai

sensi del DPCM 29 novembre 2001, solo ai residenti veneti secondo condizioni di erogabilità determinate dalla regione. Più precisamente:

- **N** = identifica le prestazioni che sono LEA nazionali, contenute nel Nomenclatore Tariffario Nazionale (DM 22 luglio 1996) da erogare a tutti gli assistiti;
- **g** = identifica le prestazioni presenti nel Nomenclatore Nazionale che sono state subcodificate con codici regionali e i nuovi LEA nazionali (prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale in base a provvedimenti nazionali) che pertanto devono essere erogate a tutti gli assistiti;
- **1** = identifica le prestazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001, da erogarsi ai soli residenti veneti secondo specifiche condizioni di erogabilità;
- **2** = identifica le prestazioni che sono LEA aggiuntivi Veneto, da erogarsi esclusivamente ai residenti veneti.

Si sottolinea, quindi, che le prestazioni contraddistinte con i numeri 1 e 2 vanno erogate solo ai residenti veneti, salvo eventuali diversi accordi con le Regioni di provenienza dell'assistito che saranno prontamente comunicati agli erogatori.

Le modifiche del Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da adottare con il presente provvedimento sono state illustrate alle Aziende ULSS, alle Aziende Ospedaliere, allo IOV e alle Associazioni più rappresentative degli erogatori privati accreditati della Regione Veneto, oltre che ai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale nel corso dell'incontro del 18 gennaio 2011 e successivamente in data 1° marzo 2011, come da documentazione agli atti, al fine di un confronto in merito. Inoltre, i contenuti sono stati nuovamente valutati, nell'ottica di un percorso di collaborazione e condivisione, il giorno 29 aprile 2011 con un gruppo ristretto, composto dai Rappresentanti delle Associazioni più rappresentative degli erogatori privati accreditati, delle Aziende Ospedaliere e dello IOV che hanno provveduto a far pervenire le loro osservazioni, di cui si è tenuto conto.

Vengono pertanto proposti per l'approvazione gli **Allegati A** e **B** al presente provvedimento, parte integrante dello stesso, che aggiornano il Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale con le relative tariffe.

L'**Allegato A** contiene l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in ordine crescente di codice; l'**Allegato B** contiene l'elenco delle medesime prestazioni suddiviso per branca specialistica.

Si propone che il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto di cui agli **Allegati A** e **B** così come aggiornato e le relative tariffe abbiano applicazione a decorrere dal 1° ottobre 2011, al fine di consentire alle strutture erogatrici l'adeguamento dei sistemi informativi. Tuttavia, in considerazione dell'esigenza della riduzione del numero dei ricoveri, cui consegue anche un risparmio della spesa sanitaria, gli erogatori, in presenza delle condizioni richieste, possono erogare le prestazioni ricondotte con il presente provvedimento anche al regime ambulatoriale già dal 1° luglio 2011, con applicazione delle relative tariffe.

Si propone di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di emanare in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, disposizioni operative di dettaglio.

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, secondo 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 vigente legislazione regionale e statale;

Visto il d.lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche;
Visto il D.M. 22 luglio 1996;
Visto il D.M. 329 del 28.5.1999;
Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001;
Vista la DGR n. 4776 del 30.12.1997;
Vista la DGR n. 5270 del 29.12.1998;
Vista la DGR n. 248 del 02.02.1999;
Vista la DGR n. 3051 del 16.11.2001;
Vista la DGR n. 492 del 08.03.2002;
Vista la DGR n. 2227 del 09.08.2002;
Vista la DGR n. 3972 del 30.12.2002;
Vista la DGR n. 2883 del 03.10.2003;
Vista la DGR n. 2468 del 01.08.2006;
Vista la DGR n. 3850 del 05.12.2006;
Vista la DGR n. 4450 del 28.06.2006;
Vista la DGR n. 734 del 20.03.2007;
Vista la DGR n. 2140 del 10.07.2007;
Vista la DGR n. 2049 del 03.07.2007;
Vista la DGR n. 2612 del 07.08.2007;
Vista la DGR n. 3734 del 20.11.2007;
Vista la DGR n. 4547 del 28.12.2007;
Visto il DDR n. 123 del 22.12.2009;
Vista l'Intesa Stato-Regione del 3.12.2009 (rep. 243/CSR);
Vista la nota del Segretario regionale Sanità e Sociale n.214 del 4 marzo 1998;
Vista la nota del Dirigente Servizi Sanitari n.174500 del 30 marzo 2009.

DELIBERA

1. di dare atto che le premesse al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante;
2. di approvare gli **Allegati A e B** al presente provvedimento, parte integrante dello stesso, che costituiscono l'aggiornato Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale con le relative tariffe;
3. di disporre che il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto di cui agli **Allegati A e B** così come aggiornato e le relative tariffe abbiano applicazione a decorrere dal 1° ottobre 2011;
4. di disporre che gli erogatori, in presenza delle condizioni richieste, possono erogare le prestazioni ricondotte con il presente provvedimento anche al regime ambulatoriale a decorrere dal 1° luglio 2011, con l'applicazione delle relative tariffe, intendendosi il Nomenclatore Tariffario, limitatamente a questa parte, applicabile già alla suddetta data;
5. di disporre che le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale con il presente provvedimento, se eseguite in tale setting nel corso del 2011, verranno remunerate nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera, secondo le tariffe determinate dal presente provvedimento;
6. di disporre che dalla data di entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario, come modificato dal presente provvedimento, non troverà più applicazione la disciplina delle prestazioni di nicchia di cui alla DGR 2883/2003 e la nota della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 174500/50.08 del 30 marzo 2009 con i relativi allegati A e B;

7. di disporre che il legale rappresentante della struttura privata accreditata solo per le funzioni ospedaliere, deve inoltrare preventiva richiesta alla Segreteria per la Sanità che, previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare alla funzione ospedaliera accreditata, consentirà l'erogazione anche in tale diverso regime;
8. di dare mandato al Segretario Regionale per la Sanità di emanare in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, disposizioni operative di dettaglio;
9. di incaricare la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
10. di dar atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nei capitoli di spesa del bilancio regionale volti a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nazionali e aggiuntivi regionali;
11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
Dott. Luca Zaia