

Torino, li 8.04.2010

Prot. n.11251/ DB2005

Ai Sigg.ri
DIRETTORI GENERALI
Aziende Sanitarie Regionali

Ai Presidi :
Ausiliatrice,
Cottolengo,
Gradenigo,
Mayor,
San Camillo,
Beata Vergine Consolata
I.R.C.C. - Candiolo

All'Istituto Auxologico di
Piancavallo

Alla Fondazione Salvatore Maugeri
di Veruno

Al Centro Ortopedico di Quadrante
di Omegna

Ai Rappresentanti legale delle
Strutture Sanitarie Private
Provvisoriamente o
definitivamente
Accreditate con il S.S.N.
per attività Ambulatoriale

CSI Piemonte

e p.c.: Ai Rappresentanti
FIMMG
FIMP
SUMAI
SNAMI
ANISAP-META-GRISP
CONFAPI- AIOP - ARIS

LORO SEDI

OGGETTO: D.G.R. N. 61-13646 del 22 MARZO 2010 “ Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito e da patologia con eziologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistico-ambulatoriale” e ulteriori precisazioni in materia di esenzioni dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria.

Il provvedimento indicato in oggetto ha approvato il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per i pazienti affetti da diabete mellito ed ha approvato alcune modifiche al Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. N. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.

Nel trasmettere copia del provvedimento per la relativa attuazione, si precisa che:

- a) l'Allegato 1 individua, a livello sperimentale, il percorso di riferimento per dare riscontro, in forma omogenea a livello regionale, ai bisogni dei pazienti affetti da diabete mellito (o a rischio), che necessitano, nell'ambito della valutazione specialistica, di una serie di risposte complesse ed articolate. Tali risposte, partendo dalla fase di accesso-prima visita, si sviluppano nelle fasi successive, nell'ambito del piano terapeutico individuale, correlato alle effettive necessità del paziente.

Le attività che devono essere realizzate per assicurare i livelli essenziali di assistenza diabetologica sono già state descritte dalle AA.SS.LL. nell'ambito del Piano della Qualità dell'assistenza diabetologica, con quale ciascuna Azienda ha definito anche le proprie modalità organizzative per garantire l'erogazione delle prestazioni, attraverso propri servizi qualificati a livello regionale come Centri di accoglienza, di indirizzo e supporto al Percorso diagnostico e terapeutico assistenziale del diabete mellito (C.A. PDTA-DM).

Fermo restando quanto già definito nell'ambito della suddetta pianificazione aziendale, si demanda a successivi indirizzi del competente Settore regionale, da adottarsi entro 90 gg. dall'approvazione della deliberazione in oggetto, la definizione delle modalità e dei criteri per l'aggiornamento dei Piani di qualità da parte delle AA.SS.LL. e per la prima stesura da parte delle A.S.O., in forma integrata e coordinata in ciascun ambito territoriale, al fine di consentire l'avvio del percorso PDTA-DM ed il contestuale monitoraggio della sperimentazione a livello regionale.

- a) le prestazioni inserite nell'Allegato 2 del Nomenclatore sono prestazioni non assoggettabili alla quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Per le stesse prestazioni, al fine della rilevazione delle attività attraverso il tracciato C, le ASR dovranno utilizzare il codice 100 per il campo 43 “codice identificativo esenzione” ed il codice 1 per il campo 19 “posizione utente nei confronti del ticket”.
- b) Con successiva comunicazione sarà indicata la tempistica per l'invio, da parte delle ASR, delle prestazioni valorizzate nel flusso PREST C.

Ulteriori indicazioni

Si coglie l'occasione per fornire ulteriori chiarimenti sia a fronte di specifiche segnalazioni intervenute da parte delle ASR, sia per una corretta applicazione della D.G.R. n. 22-12964 del 30.12.2009 "Azioni a favore dell'area sanitaria inerente le adozioni internazionali e nazionali" relativamente all'esenzione dal pagamento ticket:

- a) alcuni reparti di ostetricia e ginecologia segnalano la necessità che le prestazioni specialistiche ambulatoriali di "terapia educativa" (93.82.1) e "altra irrigazione di ferita" (96.59), presenti nella branca 99, siano inserite anche nella branca 37 – ostetricia e ginecologia.

A tale proposito si richiama quanto già indicato nella nota prot. n. 13401/D28/28.5 del 10.09.2004 e precisamente che la branca 99 include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche e non identifica una ulteriore "branca" ".....omissis.....Qualora una delle prestazioni incluse in tale elenco sia prescritta con la stessa ricetta con prestazioni ad essa complementari, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una prestazione di tale branca sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento della specifica struttura che la eroga; pertanto nel campo "codice disciplina di erogazione", deve essere indicata correttamente la disciplina specialistica di erogazione della prestazione";

- b) la D.G.R. n. 22-12964 del 30.12.2009 prevede, tra l'altro, l'applicazione da parte delle tre Aziende Sanitarie individuate quali Centri di Riferimento per lo svolgimento delle attività inerenti l'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero, di uno specifico protocollo diagnostico-assistenziale standardizzato. Il protocollo contiene una serie di prestazioni specialistiche ambulatoriali per i quali il provvedimento regionale sopra indicato stabilisce che i Centri individuati provvedano alla relativa erogazione in regime di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria, per un periodo di 6 mesi dall'ingresso del minore in Italia. Tali prestazioni sono erogate con l'utilizzo dell'impegnativa interna e, al fine di una corretta rilevazione delle prestazioni attraverso il Tracciato C, il codice di esenzione da utilizzarsi è **93 D**.

Distinti saluti.

Vittorio Demicheli



ALLEGATO: DGR n. 61-13646 del 22.03.2010

MB/ES/CG