

[Torna al Sommario Indice Sistematico](#)

Bollettino Ufficiale n. 20 del 16 / 05 / 2002

Deliberazione della Giunta Regionale 7 maggio 2002 n. 80-5989

Modalità di accesso e rimborsi per le prestazioni accessorie a favore degli uremici cronici, per il parto a domicilio e per l'ossigenoterapia iperbarica

A relazione dell'Assessore D'Ambrosio

Vista la D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001 (pubblicata sul B.U. n. 11 del 14/3/2001), recante la determinazione degli importi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria in forma indiretta a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale residenti in Piemonte per l'anno 2001;

vista la Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (pubblicata sulla G.U. n. 301 del 29/12/2001, Suppl. ordinario n. 285), recante le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2002);

rilevato che la Legge suddetta nulla richiama in merito ad un'ulteriore proroga dei termini per l'erogabilità di prestazioni in regime di assistenza indiretta, precedentemente stabiliti al 31/12/2001 con la Legge Finanziaria 2001, n. 388/2000;

visti gli Accordi relativi alla seduta della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, tenutasi il giorno 22 novembre 2001 (pubblicati sul Suppl. ordinario alla G.U. n. 19 del 23/1/2002- Serie generale), riguardanti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria garantiti dal S.S.N.;

visto il D.P.C.M. 29/11/2001 recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza (pubblicato sulla G.U. n. 33 datata 8/2/2002, Serie generale - Supplemento ordinario), in conformità agli Accordi di cui al punto precedente;

preso atto che, in base a tale decreto sono previsti a favore dei pazienti nefropatici cronici sia il trattamento dialitico che le spese di trasporto al centro dialisi;

constatato che nel documento su indicato sono previste altre provvidenze a favore dei dializzati, mediante l'adozione di apposita determinazione regionale;

tenuto conto che la predetta D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001, la cui efficacia è terminata il 31/12/2001, riportava l'erogazione di rimborsi per particolari prestazioni in assistenza indiretta a favore dei nefropatici, delle gestanti che richiedono assistenza sanitaria per il parto a domicilio e dei soggetti sottoposti a trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica;

vista la D.G.R. n. 20-3986 del 24/9/2001 (pubblicata sul B.U. n. 41 del 10/10/2001), con la quale la Giunta Regionale ha autorizzato le Aziende Sanitarie Locali di residenza a rimborsare ai pazienti uremici cronici, per l'anno 2001 e nei limiti della spesa effettivamente sostenuta, il costo delle prestazioni di dialisi extracorporea fruite presso strutture pubbliche o private, operanti in regime privatistico al di fuori del territorio regionale;

ritenuto opportuno riconoscere l'erogazione di rimborsi relativi a prestazioni che altrimenti sarebbero a totale pagamento da parte dei soggetti tutelati dal presente provvedimento;

visto il parere favorevole del CO.RE.S.A., espresso nella seduta del 3/4/2002;

preso atto di quanto sopra, il Relatore propone alla Giunta Regionale di adottare il presente provvedimento, con efficacia dal primo gennaio 2002;

visto il D. L.vo 502/92;

visto il D. L.vo 517/93;

vista la Legge 28 dicembre 2001, n. 448;

visto il D.P.C.M. 29/11/2001;

visti gli Accordi relativi alla seduta della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, tenutasi il giorno 22 novembre 2001;

vista la D.G.R. n. 20-3986 del 24/9/2001;

vista la D.G.R. n. 35-2287 del 19/2/2001;

visto il parere favorevole del CO.RE.S.A., espresso nella seduta del 3/4/2002;

la Giunta Regionale, udite le argomentazioni del Relatore e condividendole, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

delibera

* di determinare le modalità e gli importi di erogazione a favore degli uremici cronici, delle gestanti che richiedono assistenza sanitaria per il parto a domicilio e dei soggetti sottoposti a trattamenti ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica, così come indicati nell'Allegato 1 facente parte integrante e sostanziale del provvedimento, con efficacia dal primo gennaio 2002;

* di stabilire che la liquidazione dei rimborsi in oggetto potrà avvenire solo su presentazione di regolare documentazione di spesa, redatta in conformità alle norme fiscali e comunque con esclusivo riferimento al complesso delle spese effettivamente sostenute e documentate;

* di dare atto che la copertura finanziaria delle spese indicate nell'Allegato 1 del presente provvedimento, dovrà essere garantita nell'ambito del budget assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria Locale, per l'anno 2002.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto.

(omissis)

Allegato 1

MODALITÀ DI ACCESSO E RIMBORSI PER LE PRESTAZIONI ACCESSORIE A FAVORE DEGLI UREMICI CRONICI, PER IL PARTO A DOMICILIO E PER L'OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA.

I soggetti erogatori sul territorio nazionale sono i seguenti :

* per l'uremia cronica, le strutture pubbliche o private nazionali, operanti anche in regime privatistico

* per il parto a domicilio, l'ostetrico/a iscritto/a all'albo professionale non in condizione di incompatibilità

* per le prestazioni ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica, le strutture private autorizzate e non definitivamente o provvisoriamente accreditate per tale attività.

TARIFFE

Le tariffe di rimborso sono state calcolate con riferimento a quelle indicate con D.G.R. n. 82-19073 del 12/5/1997, rimaste invariate anche nei successivi provvedimenti regionali. Tenuto conto dell'aumento dei prezzi petroliferi e dell'inflazione media in questi ultimi cinque anni, si è ritenuto opportuno calcolare i rimborsi, dove univocamente determinati, con un aumento medio del 20%, arrotondato al primo euro superiore. Pertanto le tariffe sono così definite:

UREMICI CRONICI

1. Spese di viaggio

Le Aziende, nell'impossibilità di organizzare il trasporto procedono al riconoscimento delle seguenti spese di viaggio:

a) Rimborso delle spese di andata e ritorno domicilio - centro dialisi ; centro dialisi ad assistenza limitata - centro di riferimento ; centro dialisi - altre strutture sanitarie pubbliche per trattamenti, indagini strumentali, indagini cliniche inerenti insufficienza renale cronica prescritti e programmati dal centro dialisi di competenza. Il rimborso è sospeso in caso di servizio prestato con automezzi dell'A.S.L.

b) Rimborso totale del costo del biglietto se il trasferimento avviene con mezzi pubblici.

c) Rimborso totale della tariffa chilometrica pari a 1/5 del prezzo della benzina senza piombo se il trasferimento avviene con auto pubblica o con vettura privata. Qualora dalla dichiarazione del Centro dialisi risulti che l'uremico cronico necessita di essere accompagnato al Centro stesso, è possibile corrispondere a richiesta il contributo chilometrico per i viaggi di andata e ritorno sostenuti dall'accompagnatore due volte nella stessa giornata, sempre che sia possibile, in relazione alla distanza, effettuare quattro volte lo stesso percorso. Quando, in base alla certificazione del Centro dialisi, risulti necessario il trasporto in ambulanza, esso deve essere assicurato dall'Azienda Sanitaria Locale mediante convenzione diretta con gli Enti che effettuano il servizio di trasporto in autolettiga. I pazienti sottoposti a trattamento dialitico in Centri dialisi non di competenza territoriale hanno diritto al rimborso pari a quello relativo alle spese di viaggio calcolate tra residenza e Centro dialisi di competenza territoriale. In caso di rimborso inferiore è rimborsato il costo inferiore.

d) Il rimborso delle spese di viaggio allorché il paziente è in villeggiatura, è totale se l'importo risulta inferiore o uguale al rimborso tra residenza e Centro dialisi di competenza. I rimborsi eccedenti tali cifre, previa autocertificazione, sono autorizzati dalla A.S.L. qualora il paziente assuma durante la vacanza la dimora in abitazione propria o di congiunto in 1° grado di parentela. In tale caso il rimborso è effettuato in base al percorso tra dimora e Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura. Nel caso in cui, mediante certificazione del Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura, non vi fosse possibilità di operare il trattamento dialitico, il rimborso delle spese di viaggio tra dimora e il Centro dialisi che effettua la prestazione, sarà pari alla cifra effettivamente sostenuta ed opportunamente documentata, compreso nei casi relativi al trasporto con autolettiga, per i pazienti preventivamente autorizzati dal Centro dialisi piemontese di riferimento.

Il tipo di trasporto rimborsato durante il periodo di vacanza non è suscettibile di variazione fatta eccezione per mutate e comprovate situazioni cliniche.

2. Dialisi domiciliare

a) Rimborso delle spese relative agli impianti elettrico, idraulico, telefonico ed alle opere murarie necessarie per il trattamento dialitico domiciliare, da effettuarsi in base alle spese documentate effettivamente sostenute fino ad un massimo di Euro 1.240,00 per paziente;

b) Rimborso agli uremici, già in dialisi domiciliare, delle spese di adeguamento e di messa a terra dell'impianto elettrico, come indicato dalle nuove disposizioni impartite dal Centro dialisi, responsabile del trattamento, nonché delle spese relative ai controlli periodici degli impianti elettrici in base alla normativa vigente in materia, da effettuarsi in base alle spese effettivamente sostenute fino ad un massimo di Euro 434,00 per paziente;

c) Rimborso forfetario per le spese di energia elettrica e telefoniche da corrispondersi a fine anno ad ogni paziente in emodialisi nella misura di Euro 670,00 annuo oppure Euro 56,00 mensili nei casi in cui il trattamento a domicilio abbia inizio o venga interrotto nel corso dell'anno. Il predetto contributo è ridotto a Euro 50,00 per i soggetti in dialisi peritoneale domiciliare. Il contributo forfetario per le spese telefoniche è sospeso nei casi di attivazione presso il Centro dialisi di un numero verde. In tal caso il contributo per l'energia elettrica è calcolato in base al consumo energetico delle attrezzature valutate dall'Ufficio Tecnico dell'A.S.L. -

3. Dialisi presso strutture pubbliche e private

Per le dialisi extracorporee ambulatoriali fruite presso le strutture pubbliche o private nazionali, operanti anche in regime privatistico, è previsto il rimborso totale del costo di ogni singolo trattamento.

PARTO A DOMICILIO

Rimborso fino ad un importo massimo di Euro 930,00 per assistenza al parto, a conclusione del seguente percorso:

1. Presentazione all'A.S.L. di residenza della domanda di assistenza al parto entro l'ottavo mese di gravidanza, corredata da:

- * dichiarazione dell'ostetrico/a che prende in carico la paziente, attestante l'idoneità della medesima al parto domiciliare nell'ambito della gravidanza fisiologica;
- * certificato sullo stato di salute della gestante rilasciato dal medico di Medicina generale;
- * consenso informato, come da modello predisposto dall'Assessorato alla Sanità;
- * identificazione dell'ospedale di riferimento per le eventuali emergenze;
- * identificazione del pediatra di riferimento per la prima visita al neonato;
- * autocertificazione dell'ostetrico/a sull'applicazione dei protocolli riferiti all'assistenza al travaglio, alla rianimazione neonatale e all'assistenza al puerperio;

2. Presentazione all'A.S.L. di residenza della richiesta di rimborso e della documentazione originale comprendente:

a. Certificato di assistenza al parto (da consegnare alla Direzione Sanitaria dell'A.S.L. dell'evento);

b. Piano di assistenza comprensivo di:

- * visita di controllo preparto (almeno 3);
- * assistenza al travaglio e parto, prime cure al neonato, assistenza post-partum ;
- * reperibilità 24 ore su 24 ore dalla 38^a alla 42^a settimana di gravidanza ;
- * visite in puerperio;
- * visita pediatrica nella prima giornata del neonato;
- * screening neonatale;
- * materiale sanitario a perdere ;
- * materiale di uso corrente ;
- * fattura analitica della spesa in conformità delle norme fiscali;
- * oneri per lo spostamento dell'ostetrico/a.

In caso di emergenza e conseguente ospedalizzazione al termine della gravidanza o travaglio di parto, verrà riconosciuto un rimborso forfetario della spesa documentata fino ad un importo massimo di Euro 310,00.

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

La tariffa della prestazione ambulatoriale fa riferimento al codice 82.93.95 del tariffario regionale (D.G.R. n. 105-20622 del 30.6.1997 e D.G.R. n. 163-21648 del 4.8.1997 e successive modificazioni ed integrazioni) abbattuto del 20%.

PROCEDURA PER IL RIMBORSO

Il rimborso sarà effettuato previa presentazione all'A.S.L. di residenza della seguente documentazione:

Uremici cronici

- * dichiarazione del Centro dialisi di riferimento per l'eventuale necessità di un accompagnatore o per

il trasporto in ambulanza;

* autocertificazione del paziente in vacanza, che attesti la dimora in abitazione o propria o di congiunto di 1° grado di parentela;

* dichiarazione del Centro dialisi più vicino al luogo di villeggiatura, che attesti l'impossibilità di operare il trattamento dialitico;

* documentazione complessiva delle spese riferibili alle prestazioni erogate, redatta in conformità alle norme fiscali;

* documentazione relativa alle spese di viaggio.

Parto a domicilio

Si veda il capo specifico.

Ossigenoterapia iperbarica

* Richiesta del medico specialista ospedaliero;

* documentazione complessiva delle spese riferibili alle prestazioni erogate, redatta in conformità alle norme fiscali.