Bur n. 37 del 17/04/2007

(Codice interno: 196263)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 734 del 20 marzo 2007

Prestazioni di chemioterapia e radioterapia.

[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, *ndr*) [L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Flavio Tosi, riferisce quanto segue:

La Regione del Veneto ha da tempo intrapreso numerose azioni mirate a ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate a favore dei cittadini con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato.

La determinazione del regime erogativo appropriato avviene tenendo conto di una serie di fattori, tra loro correlati, quali le reali esigenze di assistenza e di cura della popolazione, variabili nel tempo, le innovazioni tecnologiche, lo sviluppo della conoscenza e della pratica clinica, l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e non ultimo la capacità di fornire a minor costo, attraverso forme gestionali innovative, servizi di analoga qualità ed efficacia.

Con deliberazione n. 2883 del 3.10.2003 la Giunta Regionale ha disposto di ricondurre, alla luce di quanto previsto dall'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, anche al regime erogativo ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni di inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, la legatura e lo stripping di vene varicose, la liberazione del tunnel carpale. Con DGR n. 2468 del 1 ottobre 2006 sono state definite le soglie di appropriatezza nell'erogazione delle suddette prestazioni e definite le relative tariffe, poi riconfermate con la DGR n. 3850 del 5.12.2006.

La DGR n. 4449 del 28 dicembre 2006 ha definito i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati per il triennio 2007-2009 con l'obiettivo di ridurre i ricoveri effettuati annualmente nella Regione Veneto raggiungendo un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti, come primo strumento per pervenire al corretto regime erogativo e alla appropriatezza dei ricoveri.

Con la DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 la Giunta Regionale ha inoltre ampliato l'elenco delle prestazioni erogabili in regime diurno, procedendo nel trasferimento di alcune attività dal regione ordinario al regime diurno e analizzando ulteriori prestazioni per le quali il progredire delle tecniche medico chirurgiche permette l'erogazione anche nel regime ambulatoriale con sufficiente garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori.

In tale contesto, la Direzione Regionale per i Servizi Sanitari ha istituito un gruppo tecnico, composto da esperti clinici e farmacisti delle strutture sanitarie pubbliche e private preaccreditate, al fine di analizzare il contesto e promuovere l'erogazione nel regime ambulatoriale delle prestazioni di chemioterapia e della branca di radioterapia.

Infatti la prestazione 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove" è già inclusa nel Nomenclatore Tariffario della Regione Veneto ma l'alto costo dei farmaci oncologici e la tariffa ambulatoriale contenuta hanno fino ad oggi limitato l'erogazione nel regime ambulatoriale. La maggior parte delle prestazioni (80%) è attualmente erogata in regime diurno (day hospital), mentre il restante 20% è erogato prevalentemente in regime ordinario e solo raramente in regime ambulatoriale.

Il gruppo di lavoro ha rappresentato le criticità legate all'elevato costo di alcuni farmaci oncologici e la inadeguatezza della tariffa della prestazione ambulatoriale nonché la disomogeneità nell'utilizzo dei farmaci oncologici.

Pertanto, al fine di favorire il trasferimento dell'erogazione delle prestazioni di chemioterapia nel regime ambulatoriale, si ritiene opportuno che il rimborso del prezzo del farmaco, almeno parzialmente per quelli più costosi, avvenga mediante il flusso della mobilità farmaceutica (file F), che si provveda ad un adeguamento della tariffa ambulatoriale attualmente prevista, e che si intensifichi il controllo sull'appropriatezza, attraverso la definizione di apposite schede di monitoraggio che, in linea con quanto già stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (A.I.F.A.) per alcuni farmaci prescrivibili solo previa compilazione di apposita scheda di trattamento, permettano il monitoraggio del rapporto costo/efficacia e rischio/beneficio.

La Direzione per i Servizi Sanitari ha svolto un'indagine per verificare quali altre regioni italiane avessero operato scelte analoghe e quali fossero le tariffe applicate per l'erogazione di tali prestazioni in regime ambulatoriale. La Regione Toscana ha normato la possibilità di effettuare la chemioterapia nel regime ambulatoriale con una tariffa comprensiva del costo del farmaco somministrato. L' Emilia Romagna, la Lombardia e la Campania hanno identificato un elenco di 11 farmaci oncologici da remunerare mediante 'File F'.

Nella Regione Veneto, esiste un flusso informativo sui dati di consumo dei farmaci impiegati in ambito ospedaliero, anche se non esistono attualmente precise analisi di costo per le prestazioni di chemioterapia e radioterapia; la Direzione Regionale per i Servizi Sanitari in collaborazione con l'Agenzia Regionale per i Servizi Socio Sanitari (ARSS) sta procedendo alla analisi dei costi per tali prestazioni.

Prestazioni di Chemioterapia

In relazione alla quota di prestazioni di chemioterapia da erogare nei diversi regimi, sulla base dei dati dei ricoveri effettuati nell'anno 2005, appare congruo definire il 'valore soglia' di appropriatezza del 10% in regime di ricovero ordinario per i ricoveri afferenti al DRG 410 'chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta' e la percentuale del 30% in regime di ricovero ordinario per i ricoveri afferenti al DRG 492 'chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Per l'anno 2007, in via transitoria, non viene definita la percentuale di ricoveri diurni di chemioterapia che, sulla base di una migliore appropriatezza erogativa, dovrebbero transitare al regime ambulatoriale; ciò per le problematiche legate a fattori clinici, organizzativi, logistici. L'entità del passaggio al regime ambulatoriale delle prestazioni viene demandata pertanto ad una valutazione da parte delle singole aziende sanitarie erogatrici che, tenuto conto della specifica realtà locale, comunque dovranno favorire l'erogazione in tale regime, in accordo con la riduzione dei ricoveri previsto dalla DGR n. 4449 del 28 dicembre 2006.

Tuttavia, vista la finalità del presente provvedimento, teso a ricondurre tali prestazioni ad un livello erogativo più appropriato, alla fine dell'anno 2007 sarà effettuata una rilevazione a cura della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari per verificare l'applicazione dei contenuti della presente deliberazione e definire il 'valore soglia' di appropriatezza per la chemioterapia erogata in regime di ricovero diurno, e di conseguenza in regime ambulatoriale.

Si ritiene opportuno, altresì, individuare una lista contenente i 12 farmaci oncologici ad alto costo che possono essere inviati in mobilità mediante il flusso del 'File F'. I farmaci sono il Rituximab, Trastuzumab, Bevacizumab, Pemetrexed, Oxaliplatino, Docetaxel, Paclitaxel, Irinotecan, Bortezomib e Fulvestrant, attualmente inseriti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTORV), e l'Alentuzumab ed il Cetuximab, ancora non inseriti nel PTORV.

Tale elenco, da non considerarsi esaustivo, potrà essere modificato ed integrato con un decreto del Dirigente Regionale della Direzione per i Servizi Sanitari, in accordo con la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari.

Questi farmaci, ai fini della loro rimborsabilità, così come prevede la normativa vigente, devono essere utilizzati esclusivamente per le indicazioni terapeutiche autorizzate con le determinazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco e nel rispetto delle indicazioni adottate dalla Commissione per il PTORV, per i farmaci che sono inseriti nel Prontuario Regionale. Infatti, in caso di controllo successivo, l'utilizzo al di fuori delle indicazioni registrate in scheda tecnica sarà causa di mancato rimborso. L'A.I.FA., per il monitoraggio dell'utilizzo di alcuni di questi farmaci, ha previsto che vengano compilate delle apposite schede di rilevazione per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia. Queste schede dovranno essere presenti in copia nelle cartelle ambulatoriali e nella documentazione clinica dei pazienti sottoposti ai trattamenti chemioterapici, anche al fine di favorire eventuali controlli sull'uso appropriato di tali farmaci.

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale, congiuntamente con la Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, istituirà un gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti delle Società Scientifiche, dell'Istituto Oncologico Veneto e delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e degli erogatori privati preaccreditati, al fine di proporre un modello di gestione unitaria centralizzata dei farmaci ad alto costo, anche mediante la predisposizione di un sito web regionale, tramite cui si possano registrare i dati dei nuovi pazienti inclusi in terapia; il gruppo di lavoro procederà periodicamente a valutare l'utilizzo appropriato di questi farmaci ed effettuerà le relative valutazioni di impatto economico in relazione agli specifici indirizzi di tipo diagnostico-terapeutico per tali trattamenti, in prospettiva della proposta di creazione di un fondo regionale dedicato ai farmaci ad alto costo.

Per quanto riguarda la nomenclatura della prestazione, si propone, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, l'inserimento, nella branca di Oncologia del Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale (NTA), della nuova prestazione AI 99.25.1 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove - farmaco incluso ", la cui tariffa viene stabilita in euro 350,00. La tariffa risulta comprensiva della visita oncologica e degli esami ematochimici entrambi correlati alla prestazione. Esclusivamente nel caso in cui il farmaco

somministrato sia compreso nell'elenco dei 12 farmaci di cui sopra, il relativo costo potrà essere addebitato nella misura del 50% all'Azienda ULSS di residenza del paziente mediante il 'File F', ciò al fine di una maggiore responsabilizzazione dell'erogatore sul corretto utilizzo di tali farmaci. Tale meccanismo ha carattere transitorio in attesa della definizione di quanto previsto al paragrafo precedente.

La tariffa ambulatoriale di cui sopra, in assenza dei dati regionali di costo unitario, ha natura provvisoria, in attesa del lavoro della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari e dell'ARSS; si è ritenuto comunque di determinarla sulla base di alcuni dati di costo delle terapie oncologiche prodotte da Aziende sanitarie rappresentative della realtà veneta e delle tariffe di altre Regioni italiane, frutto di una analisi di costo, ed in particolare: la tariffa per accesso di Day Hospital prevista dalla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) 2006 e la tariffa ambulatoriale della Regione Toscana, nelle quali tuttavia è compreso il costo del farmaco, e la tariffa per accesso di Day Hospital della Regione Lombardia ed Emilia Romagna, nelle quali non sono compresi la visita oncologica e gli esami ematochimici.

Contestualmente si propone di eliminare, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, dal Nomenclatore Tariffario Regionale, nella branca di Oncologia, la prestazione 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove".

Come già accennato, le tariffe sono comprensive della visita oncologica e degli esami ematochimici: esse pertanto vengono inserite nel Nomenclatore Tariffario Regionale con la lettera AI che indica l'accorpamento di prestazioni in relazione a profili di trattamento predefiniti.

Si propone di incaricare il Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari di istituire un gruppo tecnico per definire, con riguardo alle prestazioni di chemioterapia e le relative terapie ancillari, quali prestazioni possono essere aggregate, conformemente ai protocolli di cura, al fine di creare "pacchetti" di prestazioni che comprendano l'intero percorso diagnostico-terapeutico di ciascun accesso del paziente alla struttura sanitaria.

Si propone, inoltre, di eliminare dall'Allegato B della DGR n. 916 del 28.3.2006 alla pagina 2/5 quanto di seguito riportato:

Tipologia	**Specificazioni**	**Corrispettivo in vigore dal 1 gennaio 2006**	**Note**
RICOVERI DIURNI (DAY SURGERY E DAY HOSPITAL)	Ricoveri diurni per l'erogazione delle prestazioni per chemioterapia e radioterapia (DRG 409, 410 e 492) come da indirizzi Day Hospital e con degenza uguale o maggiore a tre accessi per la somministrazione di antiblastici	Valorizzazione tariffe DRG 409, 410 e 492 di cui al presente provvedimento	
	Ricoveri diurni per l'erogazione delle prestazioni per chemioterapia e radioterapia (DRG 409, 410 e 492) come da indirizzi Day Hospital e con degenza inferiore a tre accessi per la somministrazione di antiblastici	Valorizzazione a Euro 138,15 ad accesso	

Contestualmente si propone, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, di inserire nell'Allegato B della DGR n. 916 del 28.3.2006 alla pagina 2/5 quanto di seguito riportato:

Tipologia	**Specificazioni**	**Corrispettivo in vigore**	**Note**
RICOVERI DIURNI (DAY SURGERY E DAY HOSPITAL)	Ricoveri diurni per l'erogazione delle prestazioni per chemioterapia (per la somministrazione di antiblastici) e radioterapia (DRG 409, 410 e 492) come da indirizzi del Day Hospital	Valorizzazione di euro 350,00 ad accesso	DGR n. 4450/06

Prestazioni di Radioterapia

Per quanto riguarda le prestazioni di radioterapia, il gruppo di lavoro nazionale "Mattone Prestazioni Ambulatoriali", che sta procedendo all'aggiornamento della nomenclatura dei nuovi LEA ambulatoriali nazionali, ha già completato l'analisi delle

singole prestazioni della branca di Radioterapia prevedendo, anche sulla base delle indicazioni ricevute dalle Società scientifiche e dalle varie Regioni italiane, l'inserimento di nuove prestazioni ambulatoriali e la eliminazione di quelle obsolete.

Nelle more della adozione del nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, la Regione Emilia Romagna e la Regione Lombardia hanno recepito l'aggiornamento effettuato dal Mattone e sulla base di una analisi dei costi hanno determinato le tariffe per le prestazioni di nuovo inserimento.

Si propone pertanto di aggiornare, con carattere temporaneo, il Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale per la branca di Radioterapia, con le relative tariffe di cui all'**allegato A** che forma parte integrante del presente provvedimento. Tali tariffe, per le prestazioni già presenti nel NTA, sono quelle definite con la DGR n. 917 del 28.3.2006 mentre per le prestazioni di nuovo inserimento sono state adottate le tariffe praticate dalle altre Regioni, frutto di una analisi dei costi, in attesa della effettuazione di una analisi dei costi nella realtà della Regione Veneto e della emanazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, con le relative tariffe.

La temporaneità è legata al fatto che la Direzione Regionale per i Servizi Sanitari istituirà un gruppo tecnico, con riguardo alle prestazioni di radioterapia:

- per definire l'erogabilità a cicli anziché a seduta delle prestazioni di radioterapia per le varie patologie oncologiche;
- per definire quali prestazioni possono essere aggregate, conformemente ai protocolli di cura, al fine di creare "pacchetti" di prestazioni che comprendano l'intero percorso diagnostico-terapeutico di ciascun accesso del paziente alla struttura sanitaria;
- per effettuare un'analisi dei costi di ulteriori prestazioni, orientate alla radioprotezione del paziente, da inserire nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale.

Per quanto riguarda le prestazioni di radioterapia si propone che i valori soglia appropriati per l'erogazione delle prestazioni, anche sulla base dei dati dei ricoveri effettuati nell'anno 2005, siano il 20% dei pazienti trattati in regime ordinario (DRG 409), considerato che la radioterapia metabolica per normativa vigente (D. Lgs. N. 187/2000) deve essere somministrata in regime di ricovero, il 5% dei pazienti trattati in regime diurno ed il 75% dei pazienti trattati in regime ambulatoriale.

Disposizioni Generali

L'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e di radioterapia, nei diversi regimi erogativi, deve essere disposta dal medico specialista che prende in cura il paziente, sulla base delle condizioni cliniche dello stesso, che dovranno essere sempre rilevabili dalla documentazione sanitaria del paziente, e sulla base di eventuali problematiche di natura sociale del paziente.

Per le prestazioni ambulatoriali di chemioterapia e di radioterapia, la prescrizione dell'intero piano terapeutico da parte degli specialisti che prendono in carico il paziente, segue le disposizioni della normativa vigente.

Su istruttoria della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, la Giunta Regionale, con successivo provvedimento, definirà l'erogazione ambulatoriale di "pacchetti" di prestazioni con l'istituzione del Day Service Ambulatoriale, come nuovo modello organizzativo.

Nelle more della definizione del provvedimento di cui sopra, le Direzioni Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS e gli erogatori privati preaccreditati dovranno creare dei percorsi preferenziali per lo snellimento dell'iter burocratico legato alla erogazione ambulatoriale della chemioterapia e radioterapia, per il corretto invio dei dati relativi ai farmaci compensati mediante il 'File F', nonché per la gestione integrata degli accertamenti e visite ambulatoriali relative al ciclo di terapia.

Le strutture private preaccreditate, che già erogano le prestazioni di chemioterapia e di radioterapia in regime ospedaliero in virtù del preaccreditamento per le funzioni ed attività ospedaliere di oncologia, ematologia e radioterapia, ma che non sono ad oggi preaccreditate per le corrispondenti branche specialistiche ambulatoriali ai sensi della DGR n. 5007/1996, potranno comunque erogare, in regime ambulatoriale e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), la prestazione AI 99.25.1 e le prestazioni della branca di Radioterapia di cui **all'Allegato A**. Tale regime ha natura temporanea, essendo connesso alla completa definizione ed attivazione dei percorsi di accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. n. 22 del 16 agosto 2002.

Per le strutture private preaccreditate, in attesa della definizione dei 'valori soglia' di appropriatezza, la remunerazione con oneri a carico del SSR per le prestazioni di chemioterapia e di radioterapia erogate in regime ambulatoriale deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera. Ciò in attesa della determinazione delle soglie di appropriatezza della erogazione della chemioterapia in regime diurno ed ambulatoriale, che comporterà la definizione di un fondo specifico ambulatoriale, in base alla DGR n. 452 del 27 febbraio 2007 sui volumi di attività e tetti di spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Sul contenuto e sull'impianto della presente deliberazione la Direzione Regionale per i Servizi Sanitari ha recepito il parere favorevole da parte delle Società Scientifiche maggiormente interessate.

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, 2° 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 legislazione regionale e statale;

VISTA la DGR n. 2883 del 3.10.2003;

VISTA la DGR n. 916 del 28.3.2006;

VISTA la DGR n. 917 del 28.3.2006;

VISTA la DGR n. 2468 del 1 2006;

VISTA la DGR n. 3850 del 5.12.2006;

VISTA la DGR n. 4449 del 28.12.2006;

VISTA la DGR n. 4450 del 28.12.2006;

VISTA la DGR n. 452 del 27.2.2007;

VISTO il Decreto Legislativo n. 187 del 28.5.2000;

VISTO il DPCM 29.11.2001;]

delibera

1. di inserire, sulla base di quanto esposto in premessa, a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, la nuova prestazione AI 99.25.1 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove - farmaco incluso ", la cui tariffa viene stabilita in euro 350,00. Esclusivamente nel caso in cui il farmaco somministrato sia compreso nell'elenco di cui al successivo punto 4., il relativo costo potrà essere addebitato nella misura del 50% all'Azienda ULSS di residenza del paziente mediante il 'File F';
2. di specificare che la tariffa individuata al punto 1. è comprensiva della visita oncologica e degli esami ematochimici entrambi correlati alla prestazione;
3. di eliminare, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, dal Nomenclatore Tariffario Regionale la prestazione 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove";
4. di approvare la lista contenente i 12 farmaci oncologici ad alto costo che possono, transitoriamente nelle more di quanto previsto al punto 14., esser inviati in mobilità nella misura del 50% del costo all'Azienda ULSS di residenza del paziente mediante il flusso del 'File F'. I farmaci sono il Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Pemetrexed, Oxaliplatino, Docetaxel, Paclitaxel, Irinotecan, e Bortezomib, Alentuzumab e Fulvestrant;
5. di autorizzare il Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, in accordo con la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari, a modificare ed integrare l'elenco di cui al punto 4.;
6. di modificare, secondo quanto riportato in premessa, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, l'Allegato B della DGR n. 916 del 28.3.2006 alla pagina 2/5, come di seguito riportato:

Tipologia	**Specificazioni**	**Corrispettivo in vigore**	**Note**
RICOVERI DIURNI (DAY SURGERY E DAY HOSPITAL)	Ricoveri diurni per l'erogazione delle prestazioni per chemioterapia (per la somministrazione di antiblastici) e radioterapia (DRG 409, 410 e 492) come da indirizzi del Day Hospital	Valorizzazione di euro 350,00 ad accesso	DGR n. 4450/06

7. di aggiornare il Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale per la branca di Radioterapia, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione del presente provvedimento, di cui all'**Allegato A** che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
8. di stabilire che per le prestazioni ambulatoriali di chemioterapia e di radioterapia la prescrizione dell'intero piano terapeutico da parte degli specialisti che prendono in carico il paziente, segue le disposizioni della normativa vigente;
9. di incaricare il Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari di istituire un gruppo tecnico per definire quali prestazioni possono essere aggregate conformemente ai protocolli di cura al fine di creare "pacchetti" di prestazioni che comprendano l'intero percorso diagnostico-terapeutico di ciascun accesso del paziente alla struttura sanitaria, nonché, con particolare riguardo alle prestazioni di radioterapia, per definire l'erogabilità a cicli anziché a seduta delle prestazioni di radioterapia per le varie patologie oncologiche e per effettuare un'analisi dei costi di ulteriori prestazioni, orientate alla radioprotezione del paziente, da inserire nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale;
10. di stabilire che le strutture private preaccreditate, che già erogano le prestazioni di chemioterapia e di radioterapia in regime ospedaliero in virtù del preaccreditamento per le funzioni ospedaliere di oncologia, ematologia e radioterapia, ma che non sono ad oggi preaccreditate per le corrispondenti branche specialistiche ambulatoriali ai sensi della DGR n. 5007/1996, possano comunque erogare in regime ambulatoriale la prestazione AI 99.25.1 e le prestazioni della branca di Radioterapia di cui **all'Allegato A**, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
11. di stabilire che per le strutture private preaccreditate, in attesa della definizione dei 'valori soglia' di appropriatezza, la remunerazione con oneri a carico del SSR per le prestazioni di chemioterapia e di radioterapia erogate in regime ambulatoriale deve comunque avvenire nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera;
12. di rinviare a successivo provvedimento la definizione delle procedure per l'erogazione ambulatoriale di "pacchetti" di prestazioni con l'istituzione del Day Service Ambulatoriale, come nuovo modello organizzativo;
13. di incaricare, nelle more di quanto previsto al punto 12., le Direzioni Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS e degli erogatori privati preaccreditati alla creazione di percorsi preferenziali per lo snellimento dell'iter burocratico legato alla erogazione ambulatoriale della chemioterapia e radioterapia, nonché per la gestione integrata degli accertamenti e visite ambulatoriali relative al ciclo di terapia;
14. di incaricare la Segreteria Regionale Sanità e Sociale, ad istituire, congiuntamente alla Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, un gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti dell'Istituto Oncologico Veneto e delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e degli erogatori privati preaccreditati, al fine di proporre un modello di gestione unitaria centralizzata dei farmaci ad alto costo, anche mediante la predisposizione di un sito web regionale, tramite cui si possano registrare i dati dei nuovi pazienti inclusi in terapia; il gruppo di lavoro procederà periodicamente a valutare l'utilizzo appropriato di questi farmaci ed effettuerà le relative valutazioni di impatto economico in relazione agli specifici indirizzi di tipo diagnostico-terapeutico per tali trattamenti, in prospettiva della proposta di creazione di un fondo regionale dedicato ai farmaci ad alto costo.