



## REGIONE CALABRIA

### ALLEGATO A

### LINEE GUIDA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI LABORATORIO

#### Indicazioni alla corretta codifica ed erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

##### *A- Considerazioni generali:*

Al fine di aumentare l'appropriatezza delle prestazioni e rendere uniforme per tutto il territorio regionale l'applicazione del nomenclatore-tariffario, sono elaborate le presenti linee guida:

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali elencate nel nomenclatore della Regione Calabria sono erogabili dalle strutture ambulatoriali secondo autorizzazione e classificazione di cui alle leggi regionali 9/84 e 24/08 e relativi allegati e regolamenti. Le stesse ( ad eccezione di quanto non ricompreso negli attuali LEA) possono essere erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate con onere a carico del servizio sanitario regionale.

Pertanto:

- non possono essere erogate, con oneri a carico del SSR, prestazioni ambulatoriali non specificatamente comprese nel nomenclatore o che siano state escluse dai LEA o siano state dichiarate obsolete come da allegato n. 4, parte A, del D.M. 22.07.1996 n.150;
- non possono essere sostituite con prestazioni presenti nel nomenclatore quelle non riconducibili per tipologia e modalità di erogazione alle prestazioni dello stesso nomenclatore o qualora espressamente vietate da indicazioni regionali.

La prescrizione deve riportare la diagnosi o quesito diagnostico o la motivazione della richiesta. Il prescrittore può, inoltre, omettere la diagnosi qualora il codice di esenzione per patologia riconduca alla diagnosi.

Per primo accesso (prima visita o primo esame) si intende il primo contatto che il paziente ha con la struttura per il proprio specifico problema di salute ovvero gli accessi di pazienti noti, affetti da malattie croniche che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

Per accesso successivo al primo (visita di controllo, follow up) si intendono i controlli successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso nonché le visite finalizzate ad un approfondimento diagnostico.

Copia del referto consegnato al paziente è archiviata in formato elettronico dalla struttura erogatrice, a disposizione degli organi di vigilanza dell'ASP o delle autorità competenti per il periodo di tempo espressamente dettato dalla normativa vigente.

#### DEFINIZIONI:

Branca specialistica

Tipologia di prestazione

Numero prestazioni totale

## REGIONE CALABRIA

Numero prestazioni equivalenti

Ambulatorio monospecialistico

Ambulatorio polispecialistico

Poliambulatorio

Codice identificativo della struttura

Le branche specialistiche sono quelle indicate ed identificate nell'allegato 3 del DM 22/07/1996.

Le tipologie delle prestazioni erogabili nelle rispettive branche specialistiche sono riconducibili all'allegato n° 3 del DM 22/07/1996.

Per numero di prestazioni totali si intende la somma delle singole prestazioni erogabili.

Per numero di prestazioni equivalenti si intende: la prestazione, moltiplicato la tariffa, diviso 5.16 euro.

Il flusso relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio deve essere trasmesso alla ASP di appartenenza da parte della struttura erogatrice entro il 20 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni al fine di consentire alla Regione di avere conoscenza della quantità, della spesa e della qualità delle prestazioni erogate.

Per ambulatorio monospecialistico si intende la struttura che eroga prestazioni appartenenti ad una sola branca.

Per ambulatorio polispecialistico ovvero poliambulatorio si intende la struttura che eroga prestazioni appartenenti a più branche specialistiche.

Ai fini della trasmissione dei flussi regionali e ministeriali dovrà essere utilizzato da ogni struttura un solo codice, corrispondente a quello attualmente utilizzato per la trasmissione dati alla SOGEI.

In ogni caso, si provvederà ad unificare gli attuali codici di accreditamento e di trasmissione dati SOGEI, definendo quindi un unico codice identificativo del soggetto accreditato.

Pur nella presa d'atto delle difficoltà da parte della Regione e degli Erogatori ad individuare con certezza quantità e tipologie di prestazioni da erogare nell'arco temporale del contratto annuale, anche per assenza di studi epidemiologici adeguati, e fermo restando che il tetto di spesa indicato nel contratto per l'arco di vigenza è per ogni singola struttura tassativo, la tabella allegata ad ogni singolo contratto riporterà l'elenco delle singole tipologie di prestazioni erogabili in base all'autorizzazione ed all'accreditamento della singola struttura nonché la quantità presunta delle prestazioni da erogare, fermo restando il tetto massimo di spesa complessivamente determinato per il singolo erogatore.

### *B- Indicazioni generali*

Si forniscono alcuni chiarimenti in ordine alla descrizione delle prestazioni con conseguenti implicazioni rispetto all'applicazione delle relative tariffe:

- I codici identificativi sono a tre, quattro e cinque cifre. Le prime due identificano l'apparato anatomico-funzionale al quale fa riferimento la prestazione ( da 03 a 86), ovvero la tipologia della prestazione ( da 87 a 99); le successive specificano il tipo di prestazione. A tali criteri fanno eccezione la diagnostica strumentale di laboratorio per la cui definizione a livello nazionale si è proceduto mediante un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per tipologia ( chimico-clinica e tossicologia, immunologia, ematologia e tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica, citologia e istopatologia, tipo di prelievi, diagnostica allergologica, immunoematologia e servizio trasfusionale etc.).
- La struttura del nomenclatore presenta una suddivisione in due grandi settori:

Il primo settore include le prestazioni di natura interventistica, terapeutica e diagnostica, identificate dai codici compresi tra 3.00 e 86.99. Tale settore è suddiviso nelle seguenti quindici sezioni, identificate su base anatomica:

## REGIONE CALABRIA

- interventi sul sistema nervoso (03-05)
- sistema endocrino (06)
- occhio((08-16)
- orecchio(18-20)
- naso, bocca, faringe (21-29)
- apparato respiratorio (31-34)
- apparato cardio-vascolare(38-39)
- sistemi ematico e linfatico ( 40-41)
- apparato digerente (42-54)
- apparato urinario (55-59)
- apparato genitale maschile ( 60-64 )
- apparato genitale femminile ( 65-71)
- interventi ostetrici (75)
- apparato muscolo-scheletrico( 76-83)
- mammella, cute e tessuto sottocutaneo ( 85-86)

Il secondo settore include esclusivamente prestazioni terapeutiche e diagnostiche, identificate dai codici compresi da 87.00 a 99.00. Tale settore è suddiviso nelle seguenti undici sezioni:

- procedure radiologiche ( 87-88)
  - anamnesi, visite e test funzionali (89)
  - prestazioni di laboratorio ( 90-91)
  - medicina nucleare (92)
  - terapia fisica, riabilitazione motoria e respiratoria (93)
  - test psicologici (94)
  - trattamenti diagnostici oftalmologici e otorinolaringoiatrici (95)
  - intubazioni ed irrigazioni non operatorie (96)
  - sostituzioni e rimozioni di sussidio terapeutico (97)
  - rimozioni non operatorie di corpo estraneo e di calcolo(98)
  - altre procedure non operatorie (99)
- Oltre al codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che ne identifica le specifiche condizioni di derogabilità; in particolare:
    - 1) le prestazioni contrassegnate con la lettera **H** sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero;
    - 2) le prestazioni contrassegnate con la lettera **R** sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificatamente accreditati dalla Regione Calabria nel settore specialistico di riferimento in base a quanto previsto nel Regolamento regionale n. 13 del 1° settembre 2009;
    - 3) l'erogabilità delle prestazioni contrassegnate con l'asterisco \* è condizionata dalle linee guida riportate nell'allegato 2 del DM. 22 luglio 1996.
  - Le procedure analitiche per le prestazioni di laboratorio, così come previsto dalla L.R 24/08, ricadono sotto la diretta responsabilità del Direttore del laboratorio che sceglie i metodi di analisi e l'organizzazione. Egli è responsabile dei Controlli Intra-interlaboratorio (CQI) e della Verifica Esterna della Qualità (VEQ), come previsto dalla L.R. 24/08.

## REGIONE CALABRIA

- Nella descrizione di alcune prestazioni compare la specificazione “ incluso ”; la prestazione “ inclusa ” non può essere aggiunta alla prestazione “che include”, essendo già ricompresa in quest’ultima.
- La descrizione delle prestazioni non prevede né la finalizzazione della procedura ( ad esempio: “per errori del metabolismo”, “per medicina dello sport”,etc) né il soggetto per cui la prestazione viene praticata: adulto, bambino, collaborante, non collaborante, etc.. Pertanto, qualora fossero riportate nella prescrizione, tali specificazioni non possono influire sull’identificazione della prestazione corrispondente e, quindi, della relativa tariffa.

### *C- Indicazioni per la uniforme applicazione del nomenclatore nel territorio regionale*

Se non specificato le tariffe si intendono per singola prestazione o per singola seduta.

Le prestazioni ripetute per problemi tecnici (es.: materiale insufficiente) non possono essere remunerabili.

La richiesta di visita specialistica deve essere specificatamente indicata in prescrizione, diversamente non è rimborsabile.

I farmaci utilizzati, durante la visita o la prestazione per l’esecuzione di test, stimoli, curve, anestesie locali e generali, ove non previsto specificatamente dal nomenclatore, sono a carico dell’utente.

Ogni ricerca sierologica di anticorpi specifici e di classe diversa deve essere tariffata separatamente. Pertanto la ricerca e quantificazione di Ig delle rispettive classi IgM, IgG o IgA, ove non già distinte nel nomenclatore, devono essere prescritte ognuna separatamente per ciascun agente infettivologico e rappresentano ciascuna un test ai fini del numero di esami/ricetta.

Qualora prescritto il test di avidità delle IgG, esso rappresenta un test complementare delle IgG e deve essere tariffato come un ulteriore dosaggio di IgG. Esso partecipa al raggiungimento del numero di esami ( n° 8 ) prescrivibili sulla stessa impegnativa.

Qualora prescritta la voce TORCH, pur non potendo il prescrittore utilizzare acronimi, devono intendersi i seguenti test : Toxo IgM, Toxo IgG, Rubeo IgM, Rubeo IgG, Cito IgM, Cito IgG, HSV IgM, HSV IgG, salvo che il prescrittore non richieda espressamente la ricerca degli anticorpi di una sola classe. Per HSV il Laboratorio può ricondurre la scelta alla condizione e/o alla patologia dell’utente. Pertanto si individua HSV2 solo per le gravide o per le donne in preparazione alla gravidanza; per tutti gli altri soggetti si individua HSV1.

Per ogni altra sierodiagnosi che prevede la ricerca di IgM e IgG, qualora non specificatamente indicato dal prescrittore, devono intendersi ed essere tariffate sia le IgG che le IgM.

Gli esami seriali possono essere prescritti nella stessa ricetta,

La ripetibilità è un’esigenza clinica che non trova riscontro nella descrizione del nomenclatore il quale prevede “esami” e non “monitoraggi”. Quando necessario, infatti, interviene la dicitura es. curva da stimolo, prelievi seriatati etc.

Gli esami che il medico curante ritiene debbano essere ripetuti nel tempo per seguire l’andamento della terapia (es. terapia con anticoagulanti: tempo di Quick o INR ecc.) o per qualsiasi altro follow-up (es: in caso di diabete, anemia, sospetta emorragia, minaccia di aborto, chemioterapia, etc) devono essere prescritti sulla stessa ricetta fino ad un massimo di 8.

La visita breve 89.01 x TAO può essere remunerata solo se prevista in prescrizione e se viene prodotta una scheda di terapia scritta e compilata da un medico abilitato.

Le prestazioni di laboratorio che prevedono materiali diversi per il dosaggio dell’analita (sangue, urine, ecc.) vanno tariffate separatamente qualora richiesta l’esecuzione contemporanea. La “creatinina clearance” deve essere remunerata con la tariffa corrispondente al codice 90.16.4..

## REGIONE CALABRIA

Per le prestazioni specifiche allergologiche codice 90.68.1 (IgE specifiche allergologiche quantitativo) il pannello è da intendersi da un minimo di 8 fino ad un massimo di 12 allergeni e va remunerato con la corrispondente tariffa. Da 1 a 7 allergeni si applica la tariffa del singolo allergene (voce 90.68.6 relativa alla prestazione "IGE specifiche per singolo allergene").

Per quanto riguarda alcune specifiche prestazioni di laboratorio si richiama l'attenzione sul fatto che tutte le prestazioni devono essere chiaramente identificate e codificate ai fini dei flussi informativi e della remunerazione. Le transaminasi indicano GOT e GPT e specificamente i codici 90.04.5 e 90.09.2; gli Elettroliti, non altrimenti specificati, indicano due esami (Na e K); protidogramma, elettroforesi proteica, quadro elettroforetico indicano lo stesso esame ed includono sia il tracciato elettroforetico che le proteine totali (codice 90.38.4.); INR, tempo di quick, attività protrombinica pur se prescritti contestualmente vanno remunerati come unica voce. Gli anticorpi antitiroidei riconducono ad entrambi i codici 90.51.4 e 90.54.4.

L' Emocromo ( 90.62.2) include anche le piastrine.

Gli anticorpi virali non codificati nel nomenclatore ma eseguiti con la metodica IFC possono essere ricondotti al codice 91.13.1.

Nel caso che esami microbiologici evidenzino presenza di germi in quantità significativa e, al fine di completare l'iter diagnostico strumentale, e pertanto sia necessario procedere all'identificazione del germe e al test di sensibilità ai farmaci, la struttura erogatrice potrà richiedere la opportuna integrazione dei test; la nuova prescrizione da parte del MMG integrerà la precedente.

### *D- Indicazioni specifiche:*

- Anatomia patologica: Biopsie multiple: vanno intese come biopsie eseguite in sedi diverse nel corso della stessa procedura/prestazione, indipendentemente dal numero di vetrini utilizzato per la refertazione, salvo particolari specificazioni del nomenclatore-tariffario (ad esempio cod. 91.41.4 "es. istopatologico app. digerente: biopsia endoscopica sedi multiple" e cod. 91.41.3 "es. istopatologico app. digerente: biopsia endoscopica sede unica"), la tariffa dell'esame istologico è la stessa sia per l'esame di materiale istologico proveniente da un'unica sede che da sedi multiple.
- La tariffa dell'atto chirurgico è la stessa indipendentemente dal numero di biopsie eseguite (ad esempio una EGDS ha la stessa tariffa anche se i prelievi biopsici sono più di uno nel corso dello stesso esame);
- L'allestimento istologico per consulenza non deve essere codificato in quanto rientra nella prestazione.
- Codici 90.93.3; 90.93.4; 90.93.5; 90.94.1; 90.94.2.

Per le prestazioni relative all'esame colturale di diversi materiali biologici, la specificazione "...ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni" indica che la prestazione include la coltura finalizzata alla ricerca di tutti i microrganismi e lieviti considerati patogeni secondo le correnti acquisizioni scientifiche con riferimento al sospetto clinico e/o all'anamnesi definiti nella prescrizione e al materiale esaminato; pertanto le tariffe corrispondenti a tali prestazioni remunerano tutte le procedure eseguite per la prestazione completa (esame colturale) e quindi il referto di più microrganismi e lieviti patogeni dà luogo alla fatturazione di un'unica tariffa; qualora si proceda all'identificazione dei microrganismi patogeni e, eventualmente, al corrispondente antibiogramma, tali prestazioni vanno remunerate con le relative tariffe. Non può essere riconosciuta alcuna remunerazione per prestazioni di identificazione ed antibiogramma riferite a microrganismi e lieviti che non sono considerati patogeni secondo le correnti acquisizioni scientifiche.

Ricerche specifiche quali Mycoplasma, Chlamidia, o altre espressamente previste con voci di nomenclatore-tariffario, vanno prescritte specificatamente.

## REGIONE CALABRIA

- Codici 91.49.2, 91.49.3

Il prelievo venoso e/o il prelievo arterioso, il prelievo microbiologico sono previsti anche se non espressamente citati sulla richiesta; essi non rientrano nel conteggio del numero di prestazioni per ricetta.

- Codice 91.90.5

PATCH test: va inteso sino ad un massimo di 20 allergeni

- Settore di Genetica Medica

Il Laboratorio che eroga prestazioni di genetica medica deve garantire la consulenza all'interessato prima e dopo l'esecuzione del test (autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici rilasciata dal Garante della Privacy in data 24 giugno 2011).

- Codici da 91.29.1 a 91.30.3

Tali prestazioni specificano la tecnica utilizzata. Pertanto la tecnica effettivamente utilizzata deve corrispondere a quella della prestazione richiesta; essa deve essere riportata sul referto.

L'esecuzione di prestazioni ad elevata tecnologia, quali ad es. quella di cui al codice 91.30.3, di livello superiore al I° e impiegate per approfondimenti, deve essere adeguatamente motivata.

In deroga al contenuto della circolare della Regione Calabria – Dipartimento della Salute, Politiche sanitarie e sociali n. 21286 del 12 dicembre 2005, le ricette relative alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, proposte di ricovero, indagini di laboratorio e strumentali, prestazioni di FKT hanno validità, sull'intero territorio nazionale, per non oltre 180 giorni dalla data di emissione.