

ALL.2 CATALOGO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI vers.2.1 proposte dal Gruppo di lavoro per la manutenzione e revisione (Decreti Dirigenziali nn. 79 del 11/05/2016 e 21 del 09/06/2017)

Obiettivo del Gruppo di lavoro è stato analizzare alcune criticità che si sono poste alla luce delle esperienze maturate nel periodo di utilizzo, quale strumento operativo, del Catalogo di cui alla DGRC 431 del 24/09/2015, nonché esaminare i rilievi pervenuti dai vari attori del sistema sanitario regionale ed eventuali problematiche emergenti.

Si sottolinea che il Catalogo Regionale, rappresentando un lavoro di condivisione tramite ulteriori confronti con gli operatori, deve essere sottoposto, come in tutte le Regioni, a procedure di manutenzione e di revisione costante. Gli aggiornamenti, naturalmente, devono essere sviluppati anche in funzione di nuove disposizioni normative nazionali e di nuove prestazioni o nuove metodiche e procedure nell'esecuzione delle prestazioni.

Si è verificato che alcune strutture hanno avuto difficoltà ad erogare prestazioni agli assistiti perché prescritte in branche diverse da quella per la quale erano accreditate.

Si precisa, a tale proposito, che le indicazioni date nella descrizione della prestazione nella prima versione del Catalogo regionale, del tipo "in Gastroenterologia" o "in Chirurgia", erano rivolte solo a migliorare l'appropriatezza della richiesta del medico prescrittore, ma non potevano certamente costituire limitazioni all'erogazione.

Al fine di semplificare l'erogazione delle prestazioni per i cittadini, tali dizioni sono state, in ogni caso, eliminate nella presente versione del Catalogo regionale. A titolo di ulteriore chiarimento si ricorda che l'articolazione delle prestazioni nelle diverse branche specialistiche è finalizzata esclusivamente all'applicazione delle disposizioni in materia di compilazione della ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (DM 22 luglio 1996; Circolare del Ministero della Salute del 1 aprile 1997). Come noto, ai sensi della Legge n. 8 del 1990, sulla stessa ricetta possono essere prescritte "fino a otto prestazioni della stessa branca specialistica".

La regolamentazione dell'erogazione delle prestazioni esula dalle competenze del Gruppo di lavoro e discende dal possesso, da parte dell'erogatore di strutture, attrezzature e competenze necessarie all'effettuazione della prestazione oltre che dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Per semplificare la prescrizione da parte dei medici sono state introdotte delle "indicazioni prescrittive" che sono da considerare informazioni e suggerimenti, al fine di favorire la corretta e appropriata prescrizione da parte del Medico curante. Tuttavia, in taluni casi specifici, le indicazioni indicano modalità obbligatorie da seguire da parte del prescrittore/erogatore.

Nel Catalogo vers.2.1 (vedi Foglio "VARIAZIONI" dell'all.1) sono stati corretti alcuni errori materiali, sono state inserite 58 nuove prestazioni, sono state cancellate 244 prestazioni per eliminazione di duplicati, è stata modificata la descrizione di 783 prestazioni.

CATALOGO REGIONALE vers.2.1

Il Catalogo è composto dall'insieme dei contenuti rappresentati nelle varie tabelle/fogli del file .xls.

Il 1° foglio “Catalogo vers.2.1” è costituito da una serie di righe, una per ogni prestazione e da una serie di colonne che sono, nell’ordine, per ogni prestazione:

Colonna A: Codice Nazionale D.M. 18/10/2012.

Colonna B: Descrizione Nazionale D.M. 18/10/2012.

Colonna C: Codice Nomenclatore Regionale Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013

Colonna D: Descrizione completa Nomenclatore Regionale D.C. n. 32 del 27.03.2013

Colonna E: Erogato Si/No – indica le prestazioni incluse/escluse dai L.E.A.

Colonna F: Tariffa vigente dal 2013

Colonna G: Codice Catalogo

Colonna H: Descrizione CATALOGO - Le descrizioni riportate nella colonna sono state redatte con la lunghezza più breve possibile, al fine di consentire una gestione informatica semplificata della prestazione, ma, seppure stilate con la massima cura, possono non essere esaustive. Il riferimento normativo delle prestazioni presenti nel catalogo è la descrizione riportata nel D.M. del 22 luglio 1996 (Bindi)

Colonna I: Codice della Branchia (o delle Branchie)

Colonna J: Descrizione della Branchia (o delle Branchie)

Colonna K: Note

Colonna L: Indicazioni prescrittive

Colonna M: Codice Disciplina

Colonna N: Descrizione Disciplina

Il 2° foglio “Abbreviazioni” riporta le abbreviazioni utilizzate nel 1° foglio del Catalogo regionale vers.2.1.

Il 3° foglio “VARIAMENTI” riporta gli inserimenti, le modifiche delle descrizioni delle prestazioni e le cancellazioni effettuate per singolo codice del Catalogo regionale. Non sono riportate le prestazioni invariate.

Non sono stati riportati, in quanto non modificati rispetto alla versione precedente presente nella DGRC 431 del 24/09/2015, tutti i restanti fogli dell’Allegato 1.

Si riportano di seguito le modifiche più salienti.

CANCELLAZIONI

Le 244 prestazioni eliminate non potranno essere più prescritte dal 01/09/2017. Al fine di non creare disservizi agli assistiti ed alle strutture eroganti, qualora le ricette con la prescrizione di prestazioni cancellate nel nuovo Catalogo regionale fossero ancora in corso di erogazione dopo tale data, le stesse potranno essere erogate fino al 31/10/2017.

VISITE/CONSULENZE/CONSULTI

Al fine di favorire la corretta e appropriata prescrizione da parte del Medico curante, si è cercato di dare la massima specificazione relativamente al tipo di visita richiesta, rendendo obbligatoria la prescrizione di una sola visita per impegnativa. Pertanto per le visite con codici Nomenclatore 89.01, 89.03, 89.07, 89.7 sarà bloccata la possibilità di inserire in ricetta una quantità maggiore di 1 ed

ognuno dei predetti codice prestazione non potrà coesistere con un altro.

Rimane comunque in essere la possibilità di prescrivere una visita di branca 26 (altro) sulla stessa ricetta con altre prestazioni, ovviamente sempre che queste ultime siano della stessa branca. Il caso tipico riguarda la Geriatria che non è stata codificata come branca specifica dal DM 22/7/1996 e pertanto ricade obbligatoriamente nella branca residuale 26 (altro). Ad esempio sarà possibile prescrivere la visita geriatrica insieme a prestazioni cardiologiche o a prestazioni di diagnostica per immagini ma non insieme a prestazioni sia cardiologiche sia di diagnostica per immagini.

NOTE PER LE PRESTAZIONI DI LABORATORIO

Nelle 30 prestazioni di laboratorio con la dizione "campioni biologici diversi" e "prelievi microbiologici" è stato suggerito al medico prescrittore di specificare l'origine del campione nel campo note della ricetta (testo libero).

PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI DIALITICHE

Le prescrizioni di prestazioni dialitiche devono essere effettuate dal medico prescrittore sulla base del Piano terapeutico informatizzato di cui al punto 12 del DCA n° 7 del 31/01/2011, confermato dal DCA n 76 del 9-7-2012. Le stesse sono da considerarsi prestazioni specialistiche cicliche con un numero massimo di trattamenti di 13 come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) e non 18 (come riportato nell'all.2 della DGRC n.329 del 06/07/16) per i codici Nomenclatore da 39.95.1 a 39.95.9 e di 30 per i codici Nomenclatore da 54.98.1 a 54.98.2. Nel caso in cui fosse necessario prescrivere ad un paziente prestazioni aggiuntive nel corso della terapia mensile, sarà necessario prescrivere un'altra ricetta, arrivando, in ogni caso, ad un massimo di 18 sedute di dialisi per lo stesso utente nel corso del mese.

Per il periodo transitorio si deve tener conto che il controllo del numero di sedute da parte del Sistema TS avviene sulla data di "prima erogazione" del ciclo dialitico e non sulla data di prescrizione. Pertanto si chiarisce che le dialisi con cicli dialitici fino a 18 sedute, in qualsiasi data prescritte, potranno essere erogate solo con 13 sedute se la data della prima erogazione è uguale o successiva al 01 settembre 2017.

PRESTAZIONI OBSOLETE

Sono state individuate n. 15 prestazioni presenti nel Catalogo regionale definite OBSOLETE nel campo "Indicazioni prescrittive": le stesse sono state mantenute al fine di non alterare il Nomenclatore regionale vigente. In ogni caso, per ogni prestazione obsoleta è stata inserita una indicazione per il medico prescrittore a valutare la prescrizione di una prestazione alternativa a quella obsoleta, suggerendone il relativo codice.

PRESTAZIONI INAPPROPRIATE/NON ASSOCIABILI/NON PRESCRIVIBILI

Per alcune prestazioni che appaiono inappropriate se prescritte contemporaneamente con altre prestazioni sulla stessa ricetta, sono state riportate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva nel campo "Indicazioni prescrittive". (esempio tipico è l'associazione ecografia addome superiore e dell'addome inferiore, in quanto è necessario prescrivere l'ecografia dell'addome completo).

PRESTAZIONI DI RADIODIAGNOSTICA TAC

Al fine di eliminare esposizioni a radiazioni non giustificate, sanzionabili ai sensi del D.Lgs 230/95 e

187/2000 e s.m.i., per le prestazioni di radiodiagnostica TAC (cod. 88.38.3, 88.38.4, 88.38.6 e 88.38.7) sono state modificate le denominazioni dei codici Catalogo, lasciando nella descrizione della prestazione solo l'articolazione di riferimento e riportando specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva nel campo "Indicazioni prescrittive".

PRESCRIZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Nel campo "Indicazioni prescrittive" alcune prestazioni riabilitative sono state classificate nelle prestazioni non prescrivibili, altre sono state definite prescrivibili solo singolarmente a scopo diagnostico e non prescrivibili unitamente ai pacchetti per Profilo Riabilitativo, in ottemperanza ai Decreti Commissariali n°64 e n°88 del 2011.

PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE DI PERCORSI AMBULATORIALI COORDINATI E COMPLESSI (PACC)

Nel Catalogo regionale vers.2.1 le prestazioni di apertura e chiusura PACC e tutti i PACC sia chirurgici che medici sono stati inseriti nella branca di erogazione 26 "altro".

Le prescrizioni di prestazioni PACC devono essere effettuate singolarmente dal medico prescrittore, un solo PACC per ricetta. La prescrizione dovrà obbligatoriamente contenere il codice identificativo del PACC prescritto e le prestazioni di attivazione e chiusura del PACC (cod. Nomenclatore 89.99.1 e 89.99.2).

Qualora il case manager, dopo la prima visita, ritenga, di terminare il percorso o invii l'assistito ad altro regime assistenziale (ricovero ordinario day hospital), il PACC risulterà come "non erogato" ed in tal caso sarà rendicontata dall'erogatore la sola prestazione 89.99.1 con la relativa tariffa. Nel caso in cui il paziente abbandonasse il percorso dopo aver fatto una serie di accessi e prestazioni, il PACC non potrà essere rendicontato dall'erogatore e le tariffe relative alle prestazioni eventualmente erogate saranno a carico dell'assistito.

LISTE DI ATTESA

Ai fini delle valutazioni relative alle Liste d'attesa, è stato necessario modificare anche l'allegato 3 "Prestazioni PRLA_Corrispondenza tra codici Nomenclatore e Catalogo regionale" alla DGRC n°329 del 06/07/16. Nel nuovo allegato 3 denominato "Prestazioni PRLA Corrispondenza tra codici Nomenclatore e Catalogo regionale vers.2.1" sono state inserite 6 prestazioni, sono state cancellate 30 prestazioni e sono stati modificati i codici e le descrizioni delle Discipline per 24 prestazioni.

Si ricorda che il Campo "Disciplina" è valorizzato solo per le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale Gestione Tempi di Attesa (PNGLA).