

Delibera della G.P. n. 2390 del 14.06.99

Modifica ed integrazione della deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98: nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio

Vista la deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.98 (pubblicata sul BUR n. 28 del 07.07.98 e sul BUR n. 32 del 04.08.98 supplemento 1), con la quale è stato approvato il nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sulla base del D.M. 22.07.96 e della L.P. n. 1 del 21.01.98 e nell'esercizio della propria riconosciuta autonomia;

Considerato che la deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568/98 ha previsto espressamente l'aggiornamento periodico del nomenclatore tariffario sulla base delle segnalazioni e delle richieste emergenti, attesa la costante evoluzione della scienza e della tecnologia medica e la variazione dei costi di produzione delle prestazioni;

Considerato che l'applicazione del nuovo nomenclatore tariffario provinciale ha messo in evidenza alcune incongruità, lacune, errori di traduzione, dubbi interpretativi e difficoltà di codifica, che è opportuno sanare con uno o più atti di aggiornamento del tariffario e di integrazione delle linee guida interpretative;

Vista la deliberazione della Giunta Provinciale n. 4471 del 05.10.98, con cui sono state emanate le linee guida per l'aggiornamento del nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

Vista la deliberazione della Giunta Provinciale n. 4590 del 12.10.98, con cui è stata nominata una commissione di esperti per la valutazione delle richieste di aggiornamento del

Beschluß der L.R. Nr. 2390 vom 14.06.99

Änderung und Ergänzung des Beschlusses der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.98: Landestarifverzeichnis für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, für Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen

Nach Einsichtnahme in den Beschluß der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.98 (veröffentlicht im Amtsblatt der Region Nr. 28 vom 07.07.98 und im Amtsblatt der Region Nr. 32 vom 04.08.98 Beiblatt Nr. 1), mit welchem das Landestarifverzeichnis für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, gemäß dem M.D. vom 22.07.96 und dem L.G. Nr. 1 vom 21.01.98 und im Rahmen der anerkannten Autonomie, genehmigt worden ist;

Festgestellt, daß der Beschluß der Landesregierung Nr. 2568/98 angesichts der ständigen Entwicklung der Wissenschaft, der medizinischen Technologie und der Änderung der Produktionskosten der Leistungen, die periodische Aktualisierung des Tarifverzeichnisses ausdrücklich vorgesehen hat, die aufgrund der Hinweise und der aufgetauchten Anfragen erfolgt;

Festgestellt, daß die Anwendung des neuen Landestarifverzeichnisses einige Unangemessenheiten, Lücken, Übersetzungsfehler, Auslegungszweifel und Kodierungsschwierigkeiten hervorgehoben hat, welche mittels einer oder mehrerer Maßnahmen zur Aktualisierung des Tarifverzeichnisses und zur Ergänzung der Richtlinien für die Anwendung behoben werden müssen;

Nach Einsichtnahme in den Beschluß der Landesregierung Nr. 4471 vom 05.10.98, mit welchem die Richtlinien zur Aktualisierung des Landestarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen, genehmigt worden sind;

Nach Einsichtnahme in den Beschluß der Landesregierung Nr. 4590 vom 12.10.98, mit welchem eine Kommission von Sachverständigen für die Bewertung der Aktualisierungs-

nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale;

Considerato che la commissione, integrata di volta in volta con i medici delle diverse specialità, ha esaminato parte delle richieste, note e quesiti, presentate dai proponenti dei diversi reparti/servizi secondo il modello predefinito dall'amministrazione provinciale in forma di schede illustrative;

Sentito il parere favorevole espresso dal Comitato provinciale per la programmazione sanitaria nella riunione del 03.05.99

Tutto ciò premesso e sentito il relatore, la Giunta provinciale a voti unanimi espressi nelle forme di legge

d e l i b e r a

1. di approvare le modifiche ed integrazioni al nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale (deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.98), contenute nell'allegato "PROSPETTO A", che costituisce parte integrante del presente provvedimento e di confermare, per la parte non oggetto di aggiornamento, quanto stabilito con la delibera sopraccitata;

Il "PROSPETTO A" si articola nelle seguenti parti principali:

Parte 1: *Eliminazione prestazioni (Allegati TD e V- Varie alla delibera n. 2568 del 15.06.98);*

Parte 2: *Modifica descrizione italiana e/o tedesca (Allegati 1 e 3 alla delibera n. 2568 del 15.06.98);*

Parte 3: *Modifica descrizione italiana e/o tedesca (Allegato 2 alla delibera n. 2568 del 15.06.98);*

Parte 4: *Modifica prestazioni (Allegati 1 e 3 alla delibera n. 2568 del 15.06.98);*

Parte 5: *Modifica prestazioni (Allegati TD e V-Varie alla delibera n. 2568 del 15.06.98);*

vorschläge des Tarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen ernannt wurde;

Festgestellt, daß die Kommission, in Zusammenarbeit mit den Ärzten der jeweiligen Fachbereiche, Teil der Anfragen, Anmerkungen und Ansuchen, die von den Antragstellern der verschiedenen Abteilungen/Dienste gemäß des von der Landesverwaltung in Form von erläuternden Bögen vorgegebenen Modells überprüft hat;

Nach Anhören des Landeskomitees für die Planung im Gesundheitswesen, welches in der Sitzung vom 03.05.99 grundsätzlich ein positives Gutachten abgegeben hat;

All dies vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlich vorgesehener Form

b e s c h l i e ß t

1. die Änderungen und Ergänzungen des Landestarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (Beschluß der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.98) zu genehmigen, welche in der beigeschlossenen „ANLAGE A“ enthalten sind, die wesentlichen Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses bilden, und den Teil des obengenannten Beschlusses, welcher nicht Gegenstand dieser Aktualisierung ist, zu bestätigen;

Die „ANLAGE A“ gliedert sich in folgende Hauptteile:

Teil 1: *Streichung von Leistungen (Anlagen TD und V-Varie zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

Teil 2: *Änderung der italienischen und/oder deutschen Beschreibung (Anlagen 1 und 3 zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

Teil 3: *Änderung der italienischen und/oder deutschen Beschreibung (Anlage 2 zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

Teil 4: *Änderung von Leistungen (Anlagen 1 und 3 zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

Teil 5: *Änderung von Leistungen (Anlagen TD und V-Varie zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

Parte 6: *Nuovi inserimenti di prestazioni (Allegati 1 e 3 alla delibera n. 2568 del 15.06.98).*

2. di approvare il “Testo unico delle linee guida per la corretta interpretazione ed applicazione del nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale”, di cui all’allegato “PROSPETTO B”, avente come contenuto la raccolta di tutte le indicazioni interpretative esistenti e l’integrazione con alcune specifiche di nuova introduzione;

Il “PROSPETTO B” si articola nelle seguenti parti principali:

Parte 1: *Considerazioni generali*

Parte 2: *Per tutte le prestazioni*

Parte 3: *Per gruppi o tipi di prestazioni*

Parte 4: *Per le prestazioni contraddistinte dai codici...*

Parte 5: *Considerazioni finali*

Il “PROSPETTO B” sostituisce completamente le “Linee guida provinciali per una prima applicazione del tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” e l’ “Allegato 1-Note” al tariffario, di cui alla delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.98.

3. di disporre che il presente provvedimento trovi applicazione a decorrere dal 01.07.99;

4. di trasmettere su supporto magnetico alle Aziende speciali USL provinciali le modifiche e correzioni da apportare al nomenclatore tariffario;

5. di ribadire che le prestazioni che non risultano ricomprese nel nomenclatore tariffario (delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.98), ed in particolare quelle incluse nelle tabelle “A4a, OBS, A4b, RDH” non possono più essere erogate in regime ambulatoriale e non possono dare luogo ad alcun addebito per il paziente (neanche attraverso una tariffa per privati paganti). Nel caso in cui venga ritenuto utile ed opportuno “recuperare” alcune delle prestazioni contenute in tali elenchi, previa verifica dell’eventuale assimilabilità ad altre

Teil 6: *Einfügen von neuen Leistungen (Anlagen 1 und 3 zum Beschluß Nr. 2568 vom 15.06.98);*

2. den „Einheitstext der Richtlinien für die korrekte Auslegung und Anwendung des Tarifverzeichnisses für ambulatorische fachärztliche Leistungen“ in der „ANLAGE B“ zu genehmigen, welcher die vorhandenen Anweisungen für die Auslegung und die Ergänzungen mit einigen neu eingeführten genaueren Angaben beinhaltet und sammelt;

Die „ANLAGE B“ gliedert sich in folgende Hauptteile:

Teil 1: *Allgemeine Bemerkungen*

Teil 2: *Für alle Leistungen*

Teil 3: *Für Gruppen oder Arten von Leistungen*

Teil 4: *Für die Leistungen mit folgenden Kodizes...*

Teil 5: *Schlußbemerkungen*

Die „ANLAGE B“ ersetzt vollständig die „Richtlinien des Landes für eine erste Anwendung des Tarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen“ und die „Anlage 1-Anmerkungen“ des Tarifverzeichnisses, gemäß Beschluß der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.98.

3. das Inkrafttreten gegenständlicher Maßnahme ab dem 01.07.99 zu veranlassen;

4. den Sonderbetrieben S.E. des Landes mittels Datenträger die Änderungen und Richtigstellungen des Tarifverzeichnisses zu übermitteln;

5. festzuhalten, daß die Leistungen, welche nicht im Tarifverzeichnis (Beschluß der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.98) aufscheinen, und insbesondere jene, die in den Tabellen „A4a, OBS, A4b, RDH“ angegeben sind, nicht mehr ambulatorisch erbracht und dem Patienten angelastet werden dürfen (auch nicht mittels eines Tarifes für Privatzahler). Falls es als nützlich und zweckmäßig erachtet werden sollte, einige der in diesen Auflistungen enthaltenen Leistungen „wieder einzuführen“, vorbehaltlich der Prüfung einer eventuellen Vergleichbarkeit mit anderen schon

prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore, dovrà essere seguita la procedura prevista dalla deliberazione della G.P. n. 4471 del 05.10.98;

6. di pubblicare interamente il presente atto deliberativo sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE DELLA G.P.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

vorhandenen Leistungen, muss das Verfahren gemäß Beschluß der L.R. Nr. 4471 vom 05.10.98 befolgt werden;

6. die gegenständliche Maßnahme wird im Amtsblatt der Region im vollständigen Text kundgemacht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

"PROSPETTO A"
Modifiche e integrazioni alla deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98
"ANLAGE A"
Änderungen und Ergänzungen zum Beschluß der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.98

NOTA/NOTE: Le modifiche al tariffario sono evidenziate in neretto - die Änderungen zum Tarifverzeichniss sind fett gedruckt

Parte 1/Teil 1:			ELIMINAZIONE PRESTAZIONI (Allegati "TD" e "V-Varie") - TREICHUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen "TD" und "V-Varie")		
Nota naz- st. Note	Nota prov - L.Note	Codice- Kodex	Descrizione/Beschreibung	Tariffa- Tarif	Branca - Branche
		3180	Medicazioni successive a domicilio <i>Prestazione sostituita dal codice 3160 - Vom Kodex 3160 ersetzte Leistung</i>	6.000	
		73011	Elettrocardiogramma domiciliare	12.000	
		88011	Prelievi da puntura venosa a domicilio (D.P.G. 5028 del 09.08.88) <i>Prestazione sostituita dal codice 91.49.2 - Vom Kodex 91.49.2 ersetzte Leistung</i>	2.200	
		2020	Relazione di malattia e di cura successiva (oltre la seconda visita) richiesta dal malato <i>Prestazione sostituita dal codice 2010 - Vom Kodex 2010 ersetzte Leistung</i>	8.000	
Parte 2/Teil 2:			MODIFICA DESCRIZIONE ITALIANA E/O TEDESCA (Allegati 1 e 3) ÄNDERUNG DER ITALIENISCHEN UND/ODER DEUTSCHEN BESCHREIBUNG (Anlagen 1 und 3)		
Nota naz- st. Note	Nota prov - L.Note	Codice- Kodex	Descrizione/Beschreibung	Tariffa- Tarif	Branca - Branche
		94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO PSYCHIATRISCHES GESPRÄCH	37.500	PSICH
	I	88.80.1	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA [ENDOSONOGRAFIA] ESOFAGEA, GASTRICA, DUODENALE, PANCREATICA - Per singolo segmento ENDOSONOGRAPHIE ÖSOPHAGUS, MAGEN, DUODENUM, PANKREAS - Pro Bereich	200.000	CHIRG, GASTRO
	I	88.80.2	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA [ENDOSONOGRAFIA] COLON, RETTO - Per singolo segmento ENDOSONOGRAPHIE KOLON, REKTUM - Pro Bereich	200.000	CHIRG, GASTRO
	I	93.01.5	VALUTAZIONE DIETETICA. TERAPIA DIETETICA - Stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta DIÄTBERATUNG. DIÄTTHERAPIE - Erstellung des Ernährungsplanes. Kontrolle der Diätbehandlung. Pro Sitzung	20.000	RIABIL

Parte 3/Teil 3:			MODIFICA DESCRIZIONE ITALIANA E/O TEDESCA (Allegato 2) - ÄNDERUNG DER ITALIENISCHEN UND/ODER DEUTSCHEN BESCHREIBUNG (Anlage 2)		
Nota naz-st. Note	Nota prov - L.Note	Codice-Kodex	Descrizione/Beschreibung		
*	I	93.72.7, 93.72.8	Per patologie quali: disfagie, disfonie, balbuzie, disartrie, deglutizioni atipiche, rinofonia aperta, labio-palatoschisi, disturbi articolatori		
			Für folgende Pathologien: Schluckstörungen , Dysphonien, Stottern/Poltern, Dysarthrien, abartige Schluckmuster, offene Näseln, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Artikulationstörungen		
Parte 4/Teil 4:			MODIFICA PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3) ÄNDERUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3)		
Nota naz-st. Note	Nota prov - L.Note	Codice-Kodex	Descrizione/Beschreibung	Tariffa-Tarif	Branca - Branche
		94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	23.000	PSICH
			PSYCHIATRISCHE KONTROLL-VISITE - Kinderneuropsychiatrische Kontroll-Visite		
		09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	7.000	OCUL
			WEITERE DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN DES TRÄNENAPPARATES - Schirmer-Test - Ausgenommen: Dacryozystographie mit Kontrastmittel (87.05), Rx Weichteile des Tränennasenganges		
H	R	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	417.300	NEFRO
			HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT		
H	R	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	417.300	NEFRO
			HÄMODIALYSE MIT BICARBONAT UND HOCHBIOKOMPATIBLEN MEMBRANEN		
		86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	72.000	CHIRG
			INZISION MIT DRAINAGE DES HAUT- UND SUBKUTANGEWEBES - Inbegriffen: Inzision eines Abszesses, eines Karbunkels oder einer Phlegmone. Ausgenommen: Drainage im Gesicht- und Mundbereich, im Tenar- und Handflächenbereich, von Zysten oder Pilonidalsinus (86.03)		
H	I	55.94	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO	200.000	UROL
			ÜBERPRÜFUNG ODER ERSETZUNG EINES PYELOSTOMISCHEN ODER NEPHROSTOMISCHEN KATHETERS		
		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di lenti. Non associabile al codice 95.02	25.700	OCUL
			TEILUNTERSUCHUNG DES AUGES - Untersuchung des Auges mit Brillenverordnung. Der Kodex kann nicht in Kombination mit dem Kodex 95.02 verwendet werden		

		95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo. Incluso: eventuale prescrizione di lenti. Non associabile al codice 95.01	35.000	OCUL
			KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES - Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend. Inbegriffen: allfällige Brillenverordnung. Der Kodex kann nicht in Kombination mit dem Kodex 95.01 verwendet werden		
	A	100.15	CHECK UP MEDICO SPORTIVO (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo al cicloergometro, plieometria , relazione conclusiva)	130.000	ALTRE
			SPORTMEDIZINISCHES CHECK UP (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Fahrradergometrie, Plieometrie , Abschlussbericht)		
Parte 5/Teil 5:			MODIFICA PRESTAZIONI (Allegati "TD" e "V=Varie") ÄNDERUNG VON LEISTUNGEN (Anlagen "TD" und "V=Varie")		
Nota naz- st. Note	Nota prov - L.Note	Codice- Kodex	Descrizione/Beschreibung	Tariffa- Tarif	Branca - Branche
		3160	Medicazione a domicilio	12.000	
			Verarztung am Domizil		
		2010	Relazione di malattia e cura, richiesta dall'utente per scopi privati	30.000 (*)	
			Krankenbericht, der vom Bürger für private Zwecke angefordert wird		
		<i>(*) Tariffa per privati paganti (non a carico del SSP)/Tarife für Privatzahler (nicht zu Lasten der LGD)</i>			
Parte 6/Teil 6:			NUOVI INSERIMENTI DI PRESTAZIONI (Allegati 1 e 3) EINFÜGEN VON NEUEN LEISTUNGEN (Anlagen 1 und 3)		
Nota naz- st. Note	Nota prov - L.Note	Codice- Kodex	Descrizione/Beschreibung	Tariffa- Tarif	Branca - Branche
H	I	99.20	PROFILASSI POST ESPOSIZIONE CON VACCINI O IMMUNOGLOBULINE- Per via sottocutanea o intramuscolare	20.000	ALTRE
			PROPHYLAXE NACH EXPOSITION MIT IMPFSTOFFEN ODER IMMUNOGLOBULINEN - Subcutan oder intramusculär		
	I	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione principale	6.000	ALTRE
			INJEKTION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Subcutane, intramusculäre Injektion. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Als Kodex verwenden nur bei Hauptleistung		
	I	99.22	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE, NAS - Per via endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici. Codificabile solo se erogata come prestazione principale	20.000	ALTRE
			INJEKTION ODER INFUSION VON ANDEREN THERAPEUTISCHEN SUBSTANZEN, NNB - Endovenös. Ausgenommen: Steroide, Hormone, Zytostatika. Als Kodex verwenden nur bei Hauptleistung		
H	I	83.32	TENOLISI DI PICCOLI SEGMENTI - Mano, piede. Incluso: anestesia	99.000	ORTOP

			TENDOLYSE DER KLEINEN SEGMENTE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie		
H	I	83.64	SUTURA DI TENDINI, NERVI PERIFERICI, LEGAMENTI DEI PICCOLI SEGMENTI - Mano, piede. Incluso: anestesia	60.000	ORTOP
			NAHT VON SEHNEN, PERIPHEREN NERVEN, BÄNDER DER KLEINEN SEGMENTE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie		
HR	I	79.3	RIDUZIONE E OSTEOSINTESI DI PICCOLE FRATTURE CON FISSAZIONE INTERNA - Dita, polso. Incluso: anestesia	200.000	ORTOP
			REPOSITION UND OSTEOSYNTHESE VON KLEINEN FRAKTUREN MIT INTERNER FIXATION - Finger, Handgelenk. Inbegriffen: Anästhesie		
HR	I	84.01.1	AMPUTAZIONE CON REGOLARIZZAZIONE DI MONCONE DELLE DITA - Mano, piede. Incluso: anestesia	70.000	ORTOP
			AMPUTATIONSVERSORGUNG FINGER ODER ZEHE - Hand, Fuss. Inbegriffen: Anästhesie		
	I	88.90.4	ANGIOGRAFIA CON TC SPIRALE [ANGIO TC] - Da codificare esclusivamente in caso di rappresentazione di strutture vascolari mediante ricostruzioni tridimensionali. Indicare il distretto di applicazione	300.000	RADIOL
			SPIRAL - CT ANGIOGRAPHIE [ANGIO CT] - Kodexvergabe ausschliesslich im Falle der Darstellung von Gefässstrukturen mittels dreidimensionaler Rekonstruktion. Angabe des Gefässabschnittes		
	I	90.94.6	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI (E.I.A.)	50.000	LABOR
			HELICOBACTER PYLORI ANTIGEN IM STUHL (E.I.A.)		

TESTO UNICO DELLE LINEE GUIDA (*)

PER LA CORRETTA INTERPRETAZIONE ED APPLICAZIONE DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO PROVINCIALE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (Deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98 e succ. modifiche ed integrazioni):

<i>Parte 1:</i>	CONSIDERAZIONI GENERALI
-----------------	--------------------------------

CONTENUTO DELLA DELIBERA

La delibera della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.98 (e successive modifiche ed integrazioni) si compone dei seguenti allegati:

1. ai sensi del D.M. 22.07.96:

Allegato 1: prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, classificate per parti del corpo

Allegato 2: indicazioni clinico-diagnostiche con riferimento a prestazioni dell'Allegato 1 e 3

Allegato 3: prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, accorpate per branche specialistiche

Allegato 4: prestazioni non più erogabili nell'ambito del SSN

2. altro: prestazioni presenti nel precedente tariffario approvato con deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92, mantenute in vigore in attesa di aggiornamento:

Allegato „CUS“ (cessione unità di sangue): prestazioni relative alla cessione delle unità di sangue ed emocomponenti tra servizi sanitari pubblici e privati, regolate dal D.M. 05.11.96

Allegato „TD“ (territorio e domicilio): prestazioni erogabili sul territorio o al domicilio del paziente

Allegato „V“ (varie): prestazioni per privati paganti, richieste dall'utente e a suo totale carico

INQUADRAMENTO NORMATIVO E AMBITO DI APPLICAZIONE

In attuazione dell'art. 2, comma 9, della legge n. 549/95, il D.M. 22.07.96 e la Deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98 (e successive modifiche ed integrazioni), negli Allegati 1-3, hanno individuato le **prestazioni di assistenza specialistica erogabili rispettivamente nell'ambito del sistema sanitario nazionale (SSN) e provinciale (SSP), e le relative tariffe, a favore di pazienti ambulatoriali.**

Da ciò consegue che:

- non possono essere erogate prestazioni ambulatoriali non specificatamente comprese nel nomenclatore;
- altre prestazioni erogabili ambulatorialmente non possono essere ricondotte a prestazioni presenti nel nomenclatore a meno che non si tratti di modi diversi e condivisi di denominazione o che siano espressamente previste da indicazioni provinciali;
- le prestazioni presenti sul nomenclatore-tariffario non devono essere intese come erogabili obbligatoriamente in regime ambulatoriale: in presenza di particolari problemi clinici possono infatti essere eseguite in regime di ricovero.

Il PSN 1994-96 specifica che il livello di assistenza specialistica, incluso nel livello di assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale, si realizza, oltre che attraverso le »attività di consultorio materno-infantile», anche attraverso »le visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio».

Pertanto l'elenco delle prestazioni riportato negli Allegati 1 e 3 del nomenclatore tariffario provinciale (elaborato ai sensi del D.M. 22.07.96), definisce il contenuto del livello uniforme di assistenza specialistica, di cui al punto 2.1., paragrafo 3.C, pag. 26 del PSN 1994-1996, G.U. n. 171 del 23.07.94.

La normativa sul riordino del SSN (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, come ribadito dal D.M. 22.07.96), ha stabilito che spetta alle Regioni/Province autonome la determinazione delle tariffe delle prestazioni valide nei rispettivi ambiti territoriali, in conformità ai criteri generali definiti a livello nazionale (D.M. 15.04.94).

Le tariffe di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio (Allegati 1 e 3 della deliberazione della Giunta Provinciale Nr. 2568 del 15.06.98, nel testo vigente), non sono finalizzate alla remunerazione di singole **prestazioni eventualmente rese in favore di degenti da parte di strutture diverse da quella nella quale essi sono ricoverati**. Tali prestazioni costituiscono l'oggetto di scambi e, quindi, di specifici accordi/ contratti tra la struttura ospedaliera e altri erogatori. Le tariffe di riferimento in provincia dovranno essere definite in collaborazione con le aziende speciali USL, e trasmesse agli uffici provinciali competenti che potranno esprimersi in materia.

Le prestazioni specialistiche **strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato** possono essere erogate gratuitamente al paziente prima del ricovero in regime di assistenza ambulatoriale. Ai fini dell'erogazione di queste prestazioni non deve essere richiesta alcuna apposita prescrizione mediante modulario del Sistema Sanitario Nazionale (Deliberazione della G.P. n. 6337 del 01.12.97 e successive modifiche ed integrazioni). Al presidio ospedaliero o casa di cura che le eroga non deve essere riconosciuta alcuna remunerazione aggiuntiva oltre la tariffa corrispondente al DRG al quale il ricovero in questione viene attribuito.

GLI ALLEGATI AI SENSI DEL D.M. 22.07.96

ALLEGATO 1

L'Allegato 1 del nomenclatore tariffario provinciale (Deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98, nel testo vigente) elenca le prestazioni di assistenza specialistica erogabili nell'ambito del SSN, con le relative tariffe, classificate per parti del corpo.

Ciascuna prestazione è identificata da uno specifico **CODICE NUMERICO**, che deve obbligatoriamente essere utilizzato per ogni fine amministrativo ed informativo nell'ambito del SSN.

Come riferimento per la definizione e la codifica delle singole prestazioni è stata adottata la traduzione italiana della »Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche» (III volume dell'International Classification of Diseases-IX, Clinical Modification», ICD-9-CM), già in uso nell'ambito del SSN per la codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

I codici identificativi delle prestazioni sono a tre, quattro o a cinque cifre. Le prime due cifre identificano l'apparato anatomico funzionale al quale fa riferimento la prestazione (da 03 a 86), ovvero la tipologia di prestazione (da 87 a 99); le cifre successive specificano il tipo e/o la sede della prestazione.

A tali criteri fanno eccezione le procedure di laboratorio, per cui il Ministero si è avvalso della collaborazione delle Associazioni del settore e per la cui codifica si è proceduto mediante un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per macrotipologie (biochimica, immunologia/immunoematologia/tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica/biologia molecolare, citologia/istologia e anatomia patologica).

I codici provinciali, le cui prime cifre iniziano per "100" identificano prestazioni afferenti alla "Medicina dello sport".

ALLEGATO 2

L'Allegato 2 del nomenclatore tariffario provinciale (Deliberazione della G.P. n 2568 del 15.06.98, nel testo vigente) elenca le prestazioni che nell'Allegato 1 sono contrassegnate con il simbolo »*», con le rispettive specifiche linee guida clinico - diagnostiche.

ALLEGATO 3

L'Allegato 3 del nomenclatore tariffario provinciale (Deliberazione della G.P. n 2568 del 15.06.98, nel testo vigente) contiene l'accorpamento delle prestazioni erogabili secondo le branche specialistiche ed è finalizzato esclusivamente all'applicazione delle disposizioni **in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta** e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

L'elencazione per branca specialistica **non riveste alcun carattere definitivo né delle competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e delle strutture abilitati all'erogazione delle prestazioni**, che formano l'oggetto della normativa nazionale e regionale/provinciale in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e di accreditamento.

Nell'Allegato 3, l'elenco »**ALTRE PRESTAZIONI**» include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche e **non identifica un'ulteriore branca specialistica ai fini dell'applicazione delle disposizioni in materia di prescrivibilità per ricetta**: qualora una delle prestazioni incluse nell'elenco »ALTRE» sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni riconducibili ad una delle altre branche specialistiche del tariffario, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'unità operativa/professionista che la eroga.

ALLEGATO 4

L'Allegato n. 4 del nomenclatore tariffario provinciale (Deliberazione della G.P. n 2568 del 15.06.98, nel testo vigente) elenca le prestazioni incluse nel tariffario nazionale D.M. 07.11.91 che risultano non più erogabili nell'ambito del SSN. Tale allegato recepisce, senza modifiche, l'elenco di prestazioni di cui all'Allegato 4 del D.M. 22.07.96.

In particolare la **parte A** dell'allegato riporta le prestazioni dichiarate obsolete dal Consiglio Superiore di Sanità, mentre la **parte B** riporta quelle ritenute non più erogabili in regime ambulatoriale. Queste ultime possono essere comunque erogate nell'ambito e a carico del SSN nel corso di ricoveri ospedalieri, in regime di degenza ordinaria ovvero di ricovero diurno.

L'amministrazione provinciale ha predisposto, sulla base dell'Allegato 4 nazionale, quattro elenchi di prestazioni (classificate con le sigle "**A4a**", "**OBS**", "**A4b**", "**RDH**"), aventi come riferimento il nomenclatore tariffario provinciale in vigore prima del 01.07.98 (Deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92 »Tariffario unico ospedaliero per le prestazioni specialistiche«).

In particolare:

- Le prestazioni classificate come "**A4b**" e "**RDH**" (delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.98, nel testo vigente), non possono più essere erogate in regime ambulatoriale, bensì solo in regime di degenza ordinaria ovvero di ricovero diurno.
- Le prestazioni classificate come "**A4a**" e "**OBS**" (delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.98, nel testo vigente), non vanno più erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale, né in regime ambulatoriale né di ricovero, perché obsolete. La definizione di "obsolescenza" identifica tutte le prestazioni che non trovano collocazione nel nuovo nomenclatore tariffario perché tecnologicamente superate, ridondanti o incoerenti rispetto alle nuove definizioni adottate nel nuovo nomenclatore, corrispondenti a parti (o

procedure intermedie) di una prestazione complessa, eseguite abitualmente in corso di una prestazione già esistente.

La Provincia Autonoma ha predisposto una procedura per l'aggiornamento del tariffario (delibera della G.P. n. 4471 del 05.10.98) ed ha istituito una commissione ad hoc (delibera della G.P. n. 4590 del 12.10.98) per la valutazione delle richieste di "recupero" di prestazioni dal vecchio al nuovo tariffario.

Al di fuori della procedura prevista e delle decisioni prese in sede di commissione, recepite in provvedimenti provinciali, non è consentito continuare ad erogare le prestazioni contenute nei suddetti allegati, neppure addebitandole agli utenti con tariffa per privati paganti.

Un ultimo elenco è costituito dalle prestazioni caratterizzate dalla sigla „**E**“ (*eliminate*) (il cui riferimento è dato dalla Deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92 »Tariffario unico ospedaliero per le prestazioni specialistiche“): si tratta di prestazioni relative a materiali, lastre e altro, eliminate dal tariffario provinciale, le cui tariffe devono essere fissate dai servizi amministrativi delle aziende speciali USL, in base ai costi, in attesa di eventuale aggiornamento da parte della Provincia.

AGGIORNAMENTI

L'aggiornamento del nomenclatore tariffario provinciale di prestazioni specialistiche (Deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.98 e successive modifiche ed integrazioni), avviene sulla base delle richieste emergenti e complessivamente con periodicità almeno triennale, secondo le disposizioni contenute nel D.M. 15.04.94, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi delle prestazioni rilevate.

A tale scopo è stata predisposta dall'amministrazione provinciale una procedura per l'aggiornamento del nomenclatore tariffario (Delibera della G.P. n. 4471 del 05.10.98), comprensiva di apposite schede di rilevazione, ed è stata nominata una commissione di esperti, di cui fanno parte referenti medici ed economici delle Aziende speciali U.S.L. provinciali (Delibera della G.P. n. 4590 del 12.10.98).

Generalmente la descrizione delle prestazioni non prevede né la finalizzazione della procedura (ad esempio: “per errori del metabolismo”, “per medicina dello sport”, etc.) né la tipologia del 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.

Per quanto possibile, l’interpretazione della classificazione delle prestazioni dovrebbe tenere conto che l’obiettivo è quello di descrivere e remunerare l’intera prestazione piuttosto che i singoli atti necessari all’espletamento della prestazione stessa; in questo modo si spiega perché, ad esempio, non sia più presente il codice di “anestesia locale”: questo atto è dato per scontato nell’esecuzione di qualsiasi prestazione invasiva e pertanto non è più necessario codificarlo; analogamente l’instillazione vescicale presuppone un cateterismo vescicale, che però non deve essere codificato; allo stesso modo il posizionamento di cateteri, sondini e dispositivi analoghi deve essere considerato compreso nel codice della prestazione erogata, a meno di indicazioni specifiche.

In generale, la prestazione del nomenclatore comprende sempre la procedura intermedia o parziale, nonché gli atti clinici indispensabili all’esecuzione completa e corretta della prestazione o del trattamento.

Le tariffe delle prestazioni, ove non espressamente indicato, si riferiscono all’intero trattamento e sono comprensive del materiale sanitario, delle protesi, dei mezzi di contrasto, dei reagenti, delle pellicole fotografiche e dei supporti di registrazione, e in quanto’altro indispensabile a garantire la completezza e la correttezza della prestazione medesima.

La tariffazione tende a valorizzare il “risultato” della prestazione piuttosto che le singole tecniche potenzialmente utilizzabili per la sua esecuzione: ad esempio esiste una sola voce per l’esame citologico da agoaspirazione, indipendentemente dalle tecniche utilizzate. Ciò significa che la tariffa tende a remunerare l’impiego “medio” di risorse necessario per arrivare alla “compilazione del referto”, indipendentemente dal tipo di metodica utilizzata.

Analogamente le prestazioni di diagnostica per immagini, che presentano nella descrizione il numero di radiogrammi o di proiezioni, sono remunerate indipendentemente dal numero di proiezioni e/o di radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico; in altre parole i valori numerici riportati non costituiscono né il limite minimo né il limite massimo per il professionista, cui è affidato il compito di perseguire il risultato diagnostico atteso con la prescrizione.

Secondo questa logica, per tutte le voci del nomenclatore tariffario che sottintendono la produzione di una relazione scritta finale sull’esito della prestazione eseguita, la remunerazione è comprensiva anche di tale referto; tale refertazione non può essere interpretata come visita medica e, per essa, non è ammessa la codifica di una voce aggiuntiva.

Le “consulenze” da parte di specialisti prestate durante l’esecuzione di particolari prestazioni non vanno codificate, ma rientrano nel codice della prestazione stessa (ad esempio: presenza dell’anestesista durante l’esecuzione di broncoscopia).

Le prestazioni recanti la dizione »**NAS**” (*non altrimenti specificato*) vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente nel tariffario. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale caso. Inoltre le tariffe corrispondenti alle prestazioni recanti »**NAS**” non possono mai essere riconosciute in aggiunta a tariffe relative a prestazioni specifiche di analogo contenuto.

SIMBOLI

Le prestazioni contrassegnate con la lettera »H» sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero pubblici e privati accreditati.

Le prestazioni contrassegnate con la lettera »R» sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti e abilitati dalle Regioni/Province autonome per l'erogazione di tali prestazioni (di elevata specialità).

Altre prestazioni, infine, sono contrassegnate con il simbolo »*». Si tratta delle prestazioni erogabili a carico del SSN solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche, di cui all'Allegato 2.

LEGENDA

Le parentesi tonde »()» includono termini descrittivi della prestazione in questione, invece le parentesi quadre »[]» includono sinonimi o termini esplicativi della prestazione stessa. Pertanto, nel caso in cui siano utilizzati nelle prescrizioni mediche, tanto i termini descrittivi quanto i sinonimi sono da ricondurre al codice della prestazione corrispondente e non possono comportare la fatturazione di più tariffe.

Le virgole »,”» contenute nella descrizione delle prestazioni identificate dai codici da 87.02.1 a 88.99.5, qualora **NON** siano incluse tra parentesi quadre sono finalizzate a distinguere i diversi distretti sui quali può essere eseguita la procedura in questione (che risulta identificata da un unico codice ed alla quale corrisponde, pertanto, un'unica tariffa). Solo qualora la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto è possibile riconoscere la remunerazione in misura pari al numero di distretti per i quali sia stata contemporaneamente prescritta.

Le virgole »,”» contenute nella descrizione delle prestazioni identificate dai codici da 87.02.1 a 88.99.5, qualora siano incluse tra parentesi quadre sono finalizzate ad elencare sinonimi o termini esplicativi della prestazione stessa, da ricondurre al codice corrispondente. Le prescrizioni mediche riportanti più sinonimi non possono comportare la fatturazione di più tariffe

Gli esempi seguenti possono aiutare a chiarire le indicazioni precedenti.

A fronte della prestazione »88.22 RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO – Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio», cui corrisponde la tariffa di L. 29.000, una prescrizione di »Radiografia del gomito» o una prescrizione di »Radiografia dell'avambraccio», comportano la fatturazione di L. 29.000, mentre una prescrizione di »Radiografia del gomito e radiografia dell'avambraccio» comporta la fatturazione di L. 58.000 (= 29.000 * 2).

A fronte della prestazione »87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO – TC del cranio [sella turcica, orbite]», cui corrisponde la tariffa di L. 161.000, una prescrizione di »TC del capo» comporta la fatturazione di L. 161.000, così come una prescrizione di »TC della sella turcica e delle orbite» o di »TC del cranio».

ANESTESIA LOCALE AMBULATORIALE

Il nomenclatore tariffario non comprende la prestazione “**ANESTESIA LOCALE AMBULATORIALE**”, in quanto tale atto è intrinsecamente assorbito nell’esecuzione di qualsiasi prestazione invasiva che la richiede, anche se non esplicitamente indicato nella descrizione della prestazione stessa. Non sono previsti, pertanto, né la codifica di tale prestazione né il pagamento aggiuntivi da parte dell’utente, oltre a quello relativo all’intervento principale a cui l’anestesia locale è connessa.

FARMACI

Oltre alle prestazioni nella cui descrizione è espressamente specificata l’ **INCLUSIONE DEL FARMACO**, anche relativamente alle prestazioni di seguito elencate la tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato: **H 03.8, H 03.91, H 03.92, H 04.81.1, H 04.81.2, H 05.31, H 05.32, H 16.91, H 34.92, H 38.98, H 54.97**. Le tariffe relative alle altre prestazioni nel corso delle quali è prevista la somministrazione di farmaci non includono il costo del farmaco.

MEDICAZIONI

I codici relativi a: **APPLICAZIONE DI MEDICAZIONE SU FERITA, SUTURA DI FERITA, TOILETTE DI FERITA SUPERFICIALE E SIMILI**, sono utilizzabili quando queste prestazioni costituiscono il motivo per cui il paziente è accolto in ambulatorio; viceversa se al paziente viene erogata una prestazione ambulatoriale che, per sua natura, presuppone l’esecuzione delle prestazioni prima citate (es.: sutura e medicazione dopo procedura chirurgica), queste ultime non dovranno essere codificate.

INIEZIONI - INFUSIONI

I codici relativi a: **INIEZIONE DI FARMACI, INFUSIONE DI FARMACI (PER VIA SOTTOCUTANEA, INTRAMUSCOLARE ED ENDOVENOSA) E SIMILI (I 99.21 e I 99.22, cod. 99.29.1 – 99.29.9, etc.)**, sono utilizzabili quando queste prestazioni costituiscono il motivo per cui il paziente è accolto in ambulatorio; viceversa se al paziente viene erogata una prestazione ambulatoriale che, per sua natura, presuppone l’esecuzione delle prestazioni prima citate, queste ultime non dovranno essere codificate. La tariffa non è comprensiva del farmaco (salvo i casi di cui al precedente comma 2 del presente paragrafo). Ciò non esclude la somministrazione diretta del farmaco da parte dell’erogatore.

Sul territorio e al domicilio, le prestazioni continuano ad essere erogate gratuitamente, secondo le vigenti disposizioni.

In particolare:

- qualora l’iniezione ed il relativo farmaco siano correlati ad una prestazione/intervento principale, il paziente non deve pagare nulla in aggiunta alla tariffa (ticket) relativa a tale prestazione principale, non configurandosi l’iniezione/infusione come prestazione separata dalla prima;
- qualora l’iniezione/infusione si configuri come prestazione principale, può essere utilizzato un codice tra quelli presenti nel nomenclatore, e il paziente sarà chiamato a partecipare alla spesa per l’importo corrispondente alla tariffa relativa. Nessun pagamento aggiuntivo è previsto per il farmaco somministrato;
- qualora il paziente porti con sé il farmaco e l’iniezione/infusione si configuri come prestazione che non richiede un’osservazione medica, esaurendosi in una semplice prestazione infermieristica, **nulla** è dovuto per tale prestazione. L’erogazione di una tale prestazione non appare appropriata per una struttura ospedaliera, configurandosi più propriamente quale prestazione del servizio infermieristico territoriale;
- le prestazioni erogate dal servizio infermieristico territoriale (dove l’acquisto del farmaco è già a carico del paziente) sono gratuite per il paziente, secondo le vigenti disposizioni (circolari Dr.HuS/rm 248 del

23.01.92, come modificata dalla Prot. Dr.HuS/rm/2170 del 02.07.92 e dalla Prot. Dr.HuS/WE/5318 del 29.12.93);

- le prestazioni domiciliari sono gratuite per il paziente, secondo le vigenti disposizioni.

PRELIEVI

Al fine dell'applicazione del limite di prescrivibilità di prestazioni per singola ricetta, relativamente alle »**PRESTAZIONI DI PRELIEVO**» (91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3) si precisa che il prelievo non deve essere incluso nel conteggio delle prestazioni (massimo otto per ricetta, secondo la vigente normativa), sebbene debba essere specificamente riportato nella ricetta.

Al fine del calcolo della remunerazione complessiva dell'erogatore e della partecipazione alla spesa da parte dell'utente, il valore della tariffa corrispondente alla prestazione di prelievo deve essere **sempre sommato** al valore delle altre prestazioni prescritte ed erogate.

Con riferimento al "**PRELIEVO DI SANGUE VENOSO**" effettuato negli **ambulatori di distretto** (es. via Amba Alagi, via Palermo a Bolzano etc.) è applicabile agli effetti del ticket la tariffa prevista dal *codice 91.49.2 "Prelievo di sangue venoso"*.

Nel caso di **prelievo al domicilio**, può essere utilizzato lo stesso codice 91.49.2, esclusivamente al fine della rilevazione della prestazione. Essa continua, infatti, ad essere erogata senza alcuna partecipazione da parte del paziente, secondo le vigenti disposizioni.

VISITE

La **prima visita** (codici 89.7, 89.13, 89.26 e 95.02) è la visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta (patologia identificata, sintomo o segno) ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); inoltre sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un riaggiustamento della terapia.

La **visita successiva o di controllo** (codici 89.01 e 94.12.1) rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. L'erogazione della visita successiva alla prima cessa con la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico che ha portato il paziente a fruire della prestazione. Le visite dopo la prima di un paziente con patologia cronica, per lo stesso problema, vanno sempre considerate come visite successive alla prima.

Nell'ipotesi che un paziente si presenti nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite anche se riguardano lo stesso problema; viceversa se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente).

Le visite, e quindi i codici e le relative tariffe, comprendono anche l'esecuzione di semplici manovre manuali o basate sull'utilizzo di strumenti non complessi (per questo motivo alcune di tali prestazioni non sono comprese nel nomenclatore-tariffario, ad esempio: la rilevazione del peso corporeo o della pressione arteriosa, la plicometria, etc.).

La **valutazione di esami** effettuati in seguito a richieste formulate nel corso della prima visita costituisce “completamento della visita” e, anche se effettuata nel corso di un contatto successivo, non è assimilabile ad una visita successiva alla prima. Ciò significa che nel caso della valutazione di referti, senza ulteriori complicazioni, il paziente non deve pagare nessuna tariffa perché la prestazione rientra nella precedente visita.

Tale interpretazione è conforme alle disposizioni del Ministero della Sanità e alla circolare provinciale Prot. Nr. VIII/Dr.HuS/EW/rm/3527 del 20.11.91, che reca: *Nel caso che un un paziente si rechi presso gli ambulatori specialistici dell’USL e dei privati convenzionati, necessitando per la definizione del caso di ulteriori accertamenti di laboratorio o radiologici o altro, il paziente tornerà da lui con i referti senza necessità di ulteriore impegnativa.*

Gli interventi di **istruzione, educazione sanitaria, stesura di programmi e training a pazienti**, se non sono presenti codici specifici nel nomenclatore (come ad esempio 93.82.1 “Terapia educativa del diabetico...”, I 93.01.5 “Valutazione dietetica. Terapia dietetica -Stesura del programma nutrizionale. Terapia dietetica”, I 93.72.1 “Training per disfasia...”), non vanno codificati perché già inclusi nella visita o nella prestazione erogata; in ogni caso i codici specifici non possono essere utilizzati contemporaneamente ad un codice di visita, ma esclusivamente in alternativa alla visita.

La richiesta specifica di una prestazione, senza alcuna esplicita menzione di necessità di visita, non può di norma essere integrata dalla codifica di una visita da parte dello specialista; ad esempio: la richiesta di asportazione di verruca, di esecuzione di ECG, etc. non deve essere, salvo casi particolari e motivabili, integrata dal codice della visita.

DERMOSIFILOPATIA

99.82

Codice 99.82 „*TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA - Attinoterapia. Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per ciclo di sei sedute L. 17.000*“. La tariffa si riferisce non alla singola seduta, bensì all’intero ciclo di sei sedute. Ai fini dell’applicazione delle disposizioni **in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta** e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino, il ciclo di sei sedute corrisponde ad una prestazione.

GINECOLOGIA / OSTETRICA

Le “**medicazioni vaginali ed endouterine**” (cod. **55010** del Tar. Prov. 92) sono comprese nell’Allegato 4, parte A) (“Allegato **A4a**”= **prestazioni obsolete**) del nuovo nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale e dunque non sono più erogabili nell’ambito del SSP perché obsolete.

Sono incluse in tale allegato per i seguenti motivi principali:

- le medicazioni costituite da creme, bagni, candele e simili sono generalmente effettuabili attraverso l’ “automedicazione”, restando in carico al medico la sola prescrizione;
- altri tipi di medicazioni, quali l’applicazione di sostanze coagulanti o cicatrizzanti non sono ritenute utili e neppure sempre raccomandabili dalla letteratura medica più recente.

Tali tipi di prestazioni, pertanto, non dovrebbero più essere erogate. Nel caso in cui il medico rilevi la necessità di praticare direttamente una medicazione, tale prestazione non va posta a carico dell’utente in aggiunta alla tariffa della normale visita ginecologica. In altri termini nessuna tariffa può essere fatta pagare al paziente per tale prestazione specifica.

La “**Riduzione per vaginam di spostamenti uterini ed applicazione di pessario vaginale**” (cod. 55240 Tar. Prov. 92) è una prestazione inclusa nell’Allegato 4, parte A) (“Allegato A4a”= prestazioni obsolete).

Del nuovo tariffario possono essere utilizzati, a seconda del caso specifico, le seguenti voci:

69.7 “*Inserzione di dispositivo contraccettivo intrauterino (i.u.d.)*” L. 25.000

96.17 “*Inserzione di diaframma vaginale*” L. 18.800

96.18 “*Inserzione di altro pessario vaginale*” L. 18.800

LABORATORIO DI ANALISI

(Chimica clinica, Microbiologia, Ematologia, Immunoematologia, Servizio trasfusionale)

90.93.3, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2

Le tariffe delle prestazioni relative **all’esame colturale di diversi materiali biologici** (codici 90.93.3, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2) remunerano tutte le procedure eseguite per la prestazione completa (esame colturale), ossia il referto di più microrganismi e lieviti patogeni dà luogo alla fatturazione di un’unica tariffa. 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, con riferimento sia al sospetto clinico e/o all’anamnesi definiti nella prescrizione, sia al materiale esaminato.

H 90.65.3, H 90.65.4, H 90.64.4

Le prestazioni relative all’**individuazione del “gruppo sanguigno ABO e Rh (D)”** (cod. 90.65.3), e **“gruppo sanguigno ABO/Rh II controllo”** (cod. 90.65.4) e **“fenotipo Rh”** (cod. 90.64.4) sono erogabili esclusivamente presso ambulatori situati nell’ambito di istituti di ricovero ospedaliero pubblici e privati accreditati, in quanto tali prestazioni sono contrassegnate oltre che dal codice identificativo, anche dal simbolo “H”.

Il rilascio di qualsiasi referto è incluso nella prestazione che lo sottende, così pure per il **“rilascio di referto di gruppo sanguigno”**. Solo se l’utente, debitamente informato del costo aggiuntivo, opererà per ottenere il referto su *“tessera plastificata tascabile”* piuttosto che su normale cartoncino, allora l’Azienda speciale USL potrà addebitare separatamente il costo della tessera, previa comunicazione dell’importo stabilito agli uffici provinciali competenti.

90.16.4

Nel codice 90.16.4 **"CREATININA CLEARANCE"** sono inclusi la duplice determinazione della creatinina (creatininemia e creatinuria) ed il relativo calcolo.

I 90.56.8; I 90.85.6; I 90.85.7; I 90.85.8; I 91.04.6; I 91.04.7; I 91.09.7; I 91.27.6; I 91.27.7

Codici utilizzabili per markers e anticorpi di nuova introduzione e non specificati altrove. La validità del codice è temporanea, fino ad inserimento nel tariffario di specifiche voci.

91.02.1; 91.11.5; 91.12.1; 91.12.2; 91.17.3; 91.22.2; 91.22.3

La dizione **"Reazione Polimerasica a Catena"** si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.

NEFROLOGIA

39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9

Per le prestazioni di **emodialisi** (codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9) le tariffe includono il costo dei farmaci (incluso l'eritropoietina eventualmente somministrata), delle indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico, delle manovre e delle medicazioni relative alle prestazioni stesse.

Pertanto l'eventuale erogazione di farmaci o di esami diagnostici in corso di trattamento dialitico non dà diritto ad alcuna remunerazione aggiuntiva oltre la tariffa della prestazione dialitica erogata.

39.95.1 e 39.95.4

Nella prestazione 39.95.1 **“EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO”** e 39.95.4 **“EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI”**, e nella relativa tariffa, sono compresi: le operazioni manuali, i farmaci, la visita che accompagna ciascuna emodialisi, le medicazioni e le fasciature, l'eventuale modifica del piano emodialitico. Resta esclusa la prima stesura di un nuovo piano dialitico o la revisione complessiva dello stesso (*codice 89.03*).

La sigla **“R”** che accompagna la prestazione ha il seguente significato:

R = prestazione erogata ed erogabile dal *“Centro Emodialisi Alto-Adige”* di Bolzano, struttura non ubicata all'interno di un istituto di ricovero. (Servizio per l'Igiene e la Sanità pubblica Azienda Speciale U.S.L. Centro Sud, lettera Prot. n. 2841 del 15.12.98, e Comitato di Piano, verbale del 17.12.98).

OCULISTICA

95.02

La prestazione 95.02 **“ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo”** include l'eventuale prescrizione di lenti. La prestazione si riferisce ad entrambi gli occhi. Non è “associabile” (utilizzabile in combinazione) al codice 95.01.

95.01

La prestazione 95.01 **“ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di lenti”** non comprende la visita oculistica, ma solo gli accertamenti necessari alla prescrizione di lenti. La prestazione si riferisce ad entrambi gli occhi. Non è “associabile” (utilizzabile in combinazione) al codice 95.02.

La **“Transilluminazione”** (cod. 60045 del tar. Prov. 92) è prestazione inclusa nell'Allegato 4, parte A) (**“Allegato A4a”= prestazioni obsolete**): è considerata di scarsa efficacia dalla moderna letteratura clinica, in quanto sostituita da metodiche più avanzate (tra cui gli “ultrasuoni”).

Tale prestazione, pertanto, non va più erogata e nessuna tariffa può essere addebitata al paziente.

ODONTOSTOMATOLOGIA

Da 23.41 a 23.43.3

23.6

Da 24.70.1 a 24.80.1

99.97.2

La tariffa delle citate prestazioni **odontoiatriche** si riferisce al solo trattamento, escludendo il costo della PROTESI, che rimane a carico dell'assistito.

Le tariffe delle prestazioni **odontoiatriche**, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, includono il costo dell'anestesia eventualmente praticata.

Pertanto, nessuna prestazione relativa all'anestesia può essere codificata, né addebitata al paziente, in aggiunta alla prestazione principale (cioè all'intervento/trattamento per cui il paziente si rivolge all'ambulatorio di odontostomatologia), tantomeno quella con codice *H 04.81.1 "INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami - Escluso: le anestesi per intervento"*.

96.54.1

La prestazione 96.54.1 "**ABLAZIONE TARTARO**" si riferisce a ciascuna seduta, richieda essa un tempo più o meno lungo. Si presume, inoltre, che una seduta sia sufficiente per la totale asportazione del tartaro (trattamento complessivo), senza richiederne di ulteriori.

Il "**trattamento ocalessico**" (codice **68641** Tar prov 92), va ricondotto al codice 23.71.1 "TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)" o al codice 23.71.2 "TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)". Il trattamento ocalessico è un trattamento intermedio che fa parte della prestazione principale costituita dalla terapia canalare. Nel nuovo tariffario tale trattamento non ha più dignità con una voce singola e come per tutti gli interventi intermedi va considerato parte integrante dell'intervento principale. Pertanto, indipendentemente dalle sedute, il trattamento ocalessico fa parte della complessiva terapia canalare: non è codificabile a parte, né è ammessa la codifica plurima delle prestazioni 23.71.1 e 23.71.2.

ONCOLOGIA

99.25

La tariffa della prestazione 99.25 "INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE O IMMUNOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE- Per via endovenosa, intramuscolare, sottocute", non è comprensiva del farmaco, che viene comunque somministrato direttamente dall'erogatore. Non è previsto l'addebito al paziente del costo del farmaco somministrato.

La prestazione "**Manutenzione e disostruzione di catetere venoso centrale**" può essere ricondotta al codice **96.57 "IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE- Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso"**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Tutti gli interventi in **ARTROSCOPIA** non possono più essere erogati in regime ambulatoriale, (Allegato **A4b** = **prestazioni non più erogabili in regime ambulatoriale**), né addebitati ai pazienti, neppure con tariffa per privati paganti.

I 79.3

La sigla “**R**” che accompagna la prestazione 79.3 “**RIDUZIONE E OSTEOSINTESI DI PICCOLE FRATTURE CON FISSAZIONE INTERNA - Dita, polso. Incluso: anestesia**”, ha il seguente significato:

R = prestazione erogabile solo in regime di Pronto Soccorso

I 84.01.1

La sigla “**R**” che accompagna la prestazione 84.01.1 “**AMPUTAZIONE CON REGOLARIZZAZIONE DI MONCONE DELLE DITA - Mano, piede. Incluso: anestesia**”, ha il seguente significato:

R = prestazione erogabile solo in regime di Pronto Soccorso

La prestazione "**Riduzione di pronazione dolorosa dell'ulna in età pediatrica**" [cod **43440** del Tar prov 1992 (A4a = prestazioni obsolete)] può essere ricondotta al codice **H 79.72** “**RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO**”.

RADIOLOGIA E MEDICINA NUCLEARE

Nella definizione delle **prestazioni di radiodiagnostica e medicina nucleare** è citato il numero di radiogrammi o proiezioni. Questo non va inteso come misura delle singole procedure che sono remunerate dalla tariffa corrispondente, bensì come indicazione del numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione specifica. Pertanto i valori numerici riportati non costituiscono limite né minimo né massimo per il professionista, cui è affidato il compito di perseguire il risultato diagnostico atteso con la prestazione. In proposito si segnala anche che le tariffe delle prestazioni in questione includono sia i costi dei mezzi di contrasto, sia quelli di assistenza anestesiológica, sia quelli associati all'impiego di particolari procedure o presidi sanitari.

Da I 87.02.1 a 88.39.1

Per tutti i codici la tariffa individuata remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico.

Anche là dove è indicato tra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi, esso deve intendersi come riconosciuto mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione.

I 87.02.1; I 87.02.3; I 87.02.6; I 87.02.8; I 87.41.2; I 87.71.2; I 88.01.7; I 88.01.8; I 88.01.9

Possono essere codificati solo come prestazioni singole, non in combinazione con le voci (ministeriali) corrispondenti "*senza contrasto*" oppure "*senza e con contrasto*".

92.02.1 e 92.15.1

Per tutti i codici la tariffa individuata remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico.

Anche là dove è indicato tra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi, esso deve intendersi come riconosciuto mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione.

92.03.1

La prestazione 92.03.1 “**SCINTIGRAFIA RENALE -In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5”** si intende bilaterale.

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

**Da 93.11.1 a 93.11.5; da 93.18.1 a 93.19.2;
93.22;
da 93.31.1 a 93.34.1;
93.35.3;
da 93.39.1 a 93.43.1; da 93.71.1 a I 93.72.8; da 93.78.1 a 93.78.2; da 93.82.1 a 93.89.3;
93.94; 93.99**

Il codice identifica la prestazione in seduta singola.

Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.

Da 93.15 a 93.16

Le prestazioni devono intendersi erogabili secondo il parere del Consiglio Superiore di Sanità sez. III e la circolare del Ministero della Sanità n.66 del 12.9.84, da parte dei soggetti dotati dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente.

**Da 93.11.1 a 93.11.5;
93.18.1; 93.18.2;
da 93.31.1 a 93.31.2;
93.36;
da 93.71.1 a 93.71.4; da 93.72.1 a I 93.72.8; da 93.83 a 93.83.1; da 93.89.1 a 93.89.3**

Le tariffe non si riferiscono a prestazioni analoghe erogate dalle istituzioni operanti ex art. 26 della legge 833/78, le cui tariffe sono oggetto di un distinto provvedimento.

**Da 93.39.1 a 93.39.5
Da 93.39.7 a 93.39.9
93.35.3**

Le prestazioni sono riferite ai seguenti **segmenti corporei**: *colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro*.

Nella definizione di “segmento corporeo”, adottata a livello nazionale e provinciale, non si fa distinzione tra “singolo tratto di ciascun segmento” (ad esempio tra gomito e polso).

Pertanto non è possibile effettuare una prescrizione plurima (o interpretare come plurima), con il riconoscimento di una tariffa multipla, per “ciascuna frazione del segmento corporeo” interessato. Conseguentemente non sarà possibile, di

fronte ad un'unica prescrizione (ad esempio per gomito e polso), codificare due volte la prestazione o raddoppiare la relativa tariffa.

I **TEMPI** indicati nel nomenclatore per l'erogazione delle singole prestazioni (10 minuti, 15 minuti, etc.) vanno intesi come tempi riconosciuti significativi al fine di garantire l'efficacia della prestazione, cosicchè nella variabilità della pratica clinica potrebbe rendersi necessaria una deroga agli stessi.

I tempi sono da considerare come "MINIMI" per poter codificare una prestazione.

Ciò significa che in tutti i casi in cui, al fine di garantire l'efficacia della terapia, si rende necessario un tempo medio per seduta più elevato di quello indicato nella descrizione della prestazione, non devono essere codificate più prestazioni per una singola seduta, né vanno riconosciute tariffe aggiuntive.

RADIOTERAPIA

Da 92.23.1 a 92.27.5

Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi).

Localizzazioni metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

Da 92.28.1 a 92.28.6

Le prestazioni devono intendersi erogabili nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione.

SERVIZIO DIETETICO E NUTRIZIONALE

La prestazione **2120** "**Consulenze individuali presso strutture consultoriali o di distretto**", contenuta nella tabella con sigla "**TD**" ("*Prestazioni territoriali o domiciliari*"), non va codificata da parte degli operatori del Servizio dietetico e nutrizionale.

Essa infatti, non differenziandosi dalla corrispondente prestazione del nuovo nomenclatore tariffario, **codice 93.01.5** "**VALUTAZIONE DIETETICA. TERAPIA DIETETICA- Stesura del programma nutrizionale. Controllo terapia dietetica. Per seduta**", viene da quest'ultima sostituita.

93.89.3

La prestazione di cui al codice **93.89.3** "**TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)**", può essere finalizzata ad esigenze metabolico-nutrizionali. Per le consulenze nutrizionali di gruppo con finalità educative e di apprendimento dei corretti comportamenti alimentari è possibile, pertanto, utilizzare la predetta codifica, **non** invece la voce **94.44** "**Psicoterapia di gruppo. Per seduta e per partecipante**", che richiede la presenza di personale specializzato del ramo psichiatrico.

UROLOGIA

La prestazione “**Estrazione cistoscopica di corpo estraneo dalla vescica**” [cod **50320** del Tar prov 92 (A4b)], quando è possibile erogarla ambulatorialmente, può essere ricondotta al codice **57.33** “**CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA**”. In tutti gli altri casi va erogata in regime di ricovero ordinario o diurno.

La prestazione “**Litotrissia endoscopica ambulatoriale**” [cod **50330** del Tar prov 92 (A4b)], quando è possibile erogarla ambulatorialmente, può essere ricondotta al codice **57.33** “**CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA**”. In tutti gli altri casi va erogata in regime di ricovero ordinario o diurno.

ALLEGATO “TD”

PRESTAZIONI TERRITORIALI E DOMICILIARI

Le prestazioni classificate nell’Allegato al nomenclatore tariffario provinciale (Deliberazione della G.P. n 2568 del 15.06.98, nel testo vigente) contraddistinto dalla sigla “**TD**” (“**Prestazioni territoriali e domiciliari**”) sono prestazioni erogate, generalmente da personale non medico, sul territorio o al domicilio del paziente. Esse continuano ad essere erogate senza alcuna partecipazione alla spesa da parte dell’utente, secondo le vigenti disposizioni.

ALLEGATO “V”

VARIE

2010

La prestazione **2010** “**Relazione di malattia e cura, richiesta dall'utente per scopi privati**” non può essere codificata in connessione con una visita. Il codice 2010 va utilizzato solo in caso di richieste effettuate da un utente per scopi privati, ad es. assicurazioni, etc. La prestazione, infatti, non rientra tra quelle erogabili a carico del servizio sanitario provinciale (con pagamento del ticket): la tariffa è fissata per „privati paganti“, cioè nell’interesse esclusivo dei richiedenti e a loro totale carico.

Parte 4: PER LE PRESTAZIONI CONTRADDISTINTE DAI CODICI...

I 89.59.2

La prestazione 89.59.2 “**DETERMINAZIONE CRUENTA PRESSIONE VENOSA CON TEST DI CARICO**” può essere codificata solo come prestazione singola, non in combinazione con i codici 89.62, 38.94, 97.83.

I 03.91.1; I 38.94; I 97.83

Sono incluse nella tariffa tutte le tecniche usate. Può essere codificata solo come prestazione singola; in altre parole l’inserzione di un catetere con tecniche diverse (ad es. catetere a permanenza e PCA) non dà diritto alla codifica plurima della prestazione.

93.95

La prestazione 93.95 “**OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta di 60 minuti**” si riferisce a patologie trattabili ambulatorialmente e prevede 60 minuti per seduta.

94.01.2

Il codice 94.01.2 “**SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO- M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET**” può essere utilizzato anche per la codifica di somministrazione di test analoghi a quelli citati dal nomenclatore tariffario.

Da 94.01.1 a 94.08.3

La tariffa è comprensiva della somministrazione e anche dell’interpretazione dei test effettuati.

La prestazione “**Gastrolusi**” [codici **3370** Tar prov 1992 (RDH)], nel caso non sia seguita da ricovero, può essere ricondotta al **codice 96.16** “**APPLICAZIONE O SOSTITUZIONE DI SONDA NASO-ESOFAGO-GASTRICA**”

I 99.20

La tariffa della prestazione *HI* 99.20 “**PROFILASSI POST ESPOSIZIONE CON VACCINI O IMMUNOGLOBULINE- Per via sottocutanea o intramuscolare**” non è comprensiva del farmaco che viene comunque somministrato direttamente al paziente da parte dell’erogatore. Non è previsto l’addebito al paziente del costo del “farmaco” somministrato.

Il codice 99.20 non può essere utilizzato per le vaccinazioni obbligatorie e facoltative (assistenza preventiva - prestazioni di igiene pubblica), essendo queste incluse nel nomenclatore tariffario di cui alla deliberazione della G.P. n. 2573 del 15.06.98 e successive modifiche ed integrazioni.

TRADUZIONI

La traduzione del nomenclatore tariffario, affidata ai dirigenti medici delle varie branche specialistiche, potrebbe presentare alcuni errori di forma e di contenuto. In caso di dubbio nell'interpretazione del testo, vale quello italiano.

DECODIFICHE

Alle Aziende speciali USL sono stati forniti ulteriori strumenti (su supporto cartaceo e magnetico) per una più agevole applicazione/ consultazione del tariffario ed in particolare:

- la tabella di decodifica delle prestazioni »Vecchi codici provinciali del 1992 /Nuovi codici provinciali»;
- la tabella di decodifica »Nuovi codici provinciali /Vecchi codici provinciali del 1992».

REPORTS

La reportistica di riferimento verrà definita sulla base del nuovo tracciato record, approvato con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1071 del 23.03.98 »Direttiva per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio con decorrenza dal 1 giugno 1998», e successive modifiche ed integrazioni, che permette la rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie, inerenti le prestazioni erogate da tutti i soggetti della provincia.

CONTROLLI

Il sistema di controllo va sviluppato sia in termini di controllo esterno, da parte della Provincia autonoma e delle Aziende speciali USL-acquirenti delle prestazioni nei confronti dei soggetti erogatori pubblici e privati, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza prestata, sia in termini di controllo interno di ciascun soggetto erogatore, relativamente ai livelli di qualità dell'assistenza e dell'efficienza.

Il **controllo esterno** si attua da parte della Provincia autonoma e delle Aziende speciali USL con l'attivazione dei flussi informativi finalizzati a consentire:

1. il monitoraggio dell'andamento e della composizione delle prescrizioni, dei consumi di prestazioni e della spesa corrispondente;
2. la verifica della corretta allocazione delle risorse ai vari soggetti erogatori;
3. il monitoraggio dell'eventuale verificarsi di comportamenti anomali, sia degli erogatori, sia dei prescrittori delle prescrizioni;
4. il monitoraggio di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe quali:
 - il numero degli esami ripetuti su uno stesso paziente entro periodi di tempo determinati, al fine di individuare eventuali tendenze a moltiplicare le prestazioni,
 - la proporzione tra esami strumentali più complessi rispetto a quelli più semplici (ad esempio con il mezzo di contrasto invece che senza), al fine di individuare eventuali tendenze ad aumentare fittiziamente la complessità o il volume delle prestazioni erogate,
 - la proporzione di prestazioni contraddistinte dalla dizione »NAS» rispetto alle prestazioni specifiche di omogeneo contenuto, al fine di individuare eventuali tendenze a fatturare impropriamente due volte la stessa prestazione,
5. la verifica che tutti i soggetti erogatori pubblici e privati, operanti per conto del Sistema sanitario provinciale, raccolgano e trasmettano periodicamente alla propria Azienda speciale USL tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate, necessarie per documentare la corrispondente fatturazione, sia consentirne il controllo;
6. la verifica del rispetto dei piani di produzione (limiti di spesa, tipologia e volumi di produzione, etc.) che verranno definiti sulla base delle tariffe;
7. la verifica del rispetto di tutti i vincoli e disposizioni contenute nell'Allegato 2 e nelle presenti linee guida relativamente ai contenuti delle singole prestazioni, alle condizioni di erogabilità, nonché il rispetto delle regole in materia di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta.

Il **controllo interno** da parte di tutti gli erogatori di prestazioni del sistema sanitario provinciale dovrà essere orientato sia alla valutazione dell'utilizzo delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti, sia alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate, sia alla verifica delle attività di compilazione e codifica degli strumenti informativi che certificano la tipologia delle prestazioni erogate.