



DIREZIONE SANITÀ
direzioneB20@regione.piemonte.it

Il Direttore

Torino, **30 LUG. 2013**
Protocollo n. _____
Classificazione **18370/DB2000**
14.100.50

Ai Sigg.ri
DIRETTORI GENERALI
Aziende Sanitarie Regionali

Ai Presidi :
Ausiliatrice,
Cottolengo,
Gradenigo,
Mayor,
San Camillo,
Beata Vergine Consolata

Agli IRCCS:
I.R.C.C.S. - Candiolo
All'Istituto Auxologico di Piancavallo
Fondazione Salvatore Maugeri di
Veruno

Al Centro Ortopedico di Quadrante di
Omegna

Ai Rappresentanti legale delle
Strutture Sanitarie Private
accreditate con il
S.S.R. per attività Ambulatoriale

Al CSI Piemonte

LORO SEDI

Oggetto: D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 “ Decreto Ministero della Salute 18/10/2012 - Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale” – Recepimento ed aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.” –
Ulteriori chiarimenti.



Con note prot. n. 16429/DB2016 del 3 luglio 2013 e prot. n. 16704/DB2016 dell'8/07/2013 sono state date indicazioni per l'applicazione del provvedimento regionale indicato in oggetto.

Con la presente si forniscono ulteriori chiarimenti conseguenti sia a segnalazioni pervenute dalle Aziende sanitarie, sia alla necessità di effettuare alcune errate-corrige causa errori di trascrizione all'atto della formulazione degli Allegati 1 e 2 al provvedimento indicato in oggetto:

ALLEGATO 1

Visita specialistica (cod. 89.7) e visita di controllo (cod. 89.01) .

Le Aziende Sanitarie Regionali , come già accade attualmente , per la rilevazione delle predette prestazioni utilizzano tutti i codici delle discipline ospedaliere di cui al successivo elenco (cfr. scheda 25.0 "codice branca" del Documento "Flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni – versione gennaio 2010", trasmesso con nota prot. n. 3489 /DB2003 del 1° febbraio 2010).

Le visite (co.d 89.7) effettuate in regime d'urgenza ed emergenza dal Pronto Soccorso dovranno essere rilevate con il codice 26 (Medicina generale) e/o con il codice 09 (Chirurgia). Le altre visite specialistiche effettuate dal pronto Soccorso sono rilevabili utilizzando il codice di disciplina di appartenenza dello specialista .
Tale modalità è applicabile nelle more dell'individuazione a livello nazionale di un codice specifico.

Con l'occasione si ricorda che le visite di ginecologia, oculistica e neurologia dovranno continuare ad essere codificate con il codice specifico e precisamente:

visita ginecologica codice 89.26
visita oculistica codice 95.02
visita neurologica codice 89.13.

Discipline utilizzabili dalle strutture pubbliche:

DISCIPLINA
01 allergologia
05 angiologia
07 cardiocirurgia
08 cardiologia
09 chirurgia generale
10 chirurgia maxillo-facciale
12 chirurgia plastica
13 chirurgia toracica
14 chirurgia vascolare - angiologia
18 ematologia
19 endocrinologia
20 immunologia
21 geriatria

Segue “*Discipline utilizzabili dalle strutture pubbliche*”:

DISCIPLINA
24 malattie infettive e tropicali
26 medicina generale
29 nefrologia
30 neurochirurgia
32 neurologia
33 neuropsichiatria infantile
34 oculistica
35 odontostomatologia- chirurgia maxillofacciale
36 ortopedia e traumatologia
37 ostetricia e ginecologia
38 otorinolaringoiatria
39 pediatria
40 psichiatria
43 urologia
52 dermosifilopatia
56 medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
58 gastroenterologia – chirurgia ed endoscopia digestiva
61 diagnostica per immagini: medicina nucleare
64 oncologia
68 pneumologia
69 diagnostica per immagini: radiologia diagnostica
70 radioterapia
71 reumatologia
79 dietetica e nutrizione clinica
81 cure palliative
82 anestesia
98 laboratorio analisi chimicocliniche, microbiologiche- microbiologia – virologia- anatomia ed istologia patologica – genetica –immunoematologia e servizio trasfusionale

Si ribadisce che le strutture private accreditate con il SSN possono utilizzare esclusivamente i codici delle branche specialistiche ambulatoriali per le quali sono accreditate e che sono state oggetto di accordi contrattuali.

Analogamente i Presidi ex art. 43 della L. 833/78 e gli I.R.C.C.S. possono utilizzare i codici delle branche specialistiche accreditate e che sono state oggetto di accordi contrattuali.

Di seguito si forniscono ulteriori chiarimenti /indicazioni su alcune branche specialistiche:

ALLERGOLOGIA (01)

- ❑ **Codice 93.82.2** - La prestazione è **“Terapia educativa dell’asmatico”** .
Erroneamente la descrizione riporta il termine **“diabetico”**.

NEFROLOGIA (29)

- ❑ **Codice 89.03** - La descrizione esatta della prestazione è **“ Anamnesi e valutazione definite complessive “** Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale.

NEUROLOGIA (32)

- ❑ Codice della prestazione **“Studio elettromiografico distretto cranico”** è **93.08.C** .

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (COD. 33)

- ❑ **Codice 94.09.1 “Colloquio psicologico clinico con anamnesi evolutiva”** .
Tale codice va utilizzato anche per Valutazione psicologico-clinica per intervento psicologico che richieda una valutazione della situazione clinica attuale del paziente, al fine di evidenziare la necessità o meno di intervento di diagnosi e/o cura.
- ❑ **Codice 94.09 “Colloquio psicologico-clinico”**.
Tale codice va utilizzato anche per **“Colloquio psicologico/neuropsicologico”**.
- ❑ **Codice 94.09.4 “Colloquio con genitori di pazienti in carico”**.
Tale codice va utilizzato anche per **“Colloquio psicologico-clinico con care-giver di pazienti adulti in carico”**.
- ❑ **Codice 94.44 “ Psicoterapia di gruppo “**.
Tale codice è da utilizzarsi anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di **“Gruppi psicoeducazionali e / di sostegno”**.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA (37)

- ❑ **Codice 97.71 Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino o intradermico** .
Tale codice può essere utilizzato anche in caso di **“Inserimento dispositivo contraccettivo intradermico sottocutaneo”**.

PSICHIATRIA (cod. 40)

- ❑ **Codice 94.09 “Colloquio psicologico-clinico”**.
Tale codice va utilizzato anche per **“Colloquio psicologico/neuropsicologico”**.
- ❑ **Codice 94.44 “ Psicoterapia di gruppo “**.
Tale codice è da utilizzarsi anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di **“Gruppi psicoeducazionali e / di sostegno”**.

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (56)

- **Codice 89.7.1 (integrazione regionale)** “Valutazione clinica”. Tale prestazione, qualora effettuata, integra la visita necessariamente ed esclusivamente nei casi di maggiore disabilità (disabilità 2 e 3) conseguenti a eventi patologici quali indicati nella tabella allegata alla presente nota.
La documentazione giustificativa di tale prestazione è rappresentata da un “referto” congiunto a quello della visita. E’ evidente che, per le caratteristiche della prestazione, la stessa non è oggetto di prescrizione preventiva e non origina quota di compartecipazione alla spesa.
- Il codice della prestazione “**Test del cammino**” è **89.44.2** e non 89.44.02.
La prestazione, che riguarda solo pazienti cardio-respiratori ad inizio e fine trattamento, deve essere documentata da apposita scheda.
- **Codice 93.15 “Mobilizzazione della colonna vertebrale”**. Si ribadisce che nella disabilità 4, per tale trattamento, sono prescrivibili al massimo quattro sedute manipolative (indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) per paziente/2 volte/anno e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.
In caso di pazienti con disabilità 5, sono prescrivibili al massimo quattro sedute manipolative (indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) per paziente, una volta l’anno e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.
- **Codice 93.03 Valutazione protesica**. Tale prestazione è utilizzata esclusivamente dalle strutture pubbliche. E’ una prestazione che esita sempre nel modulo di prescrizione ed integra la visita o la visita di controllo.
- **Le prestazioni di cui ai codici 93.04.3 – 93.04.4. – 93.05.8 e 93.05.9**, qualora effettuate, possono essere aggiunte un sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.
- Le prestazioni **di counselling di cui ai codici 93.01.9, 93.01.8, 93.01.7**, non più presenti nell’Allegato 1, con la D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 sono stati inseriti nell’Allegato 2 per la peculiarità stessa delle prestazioni e, quindi, sono effettuabili solo dalle strutture pubbliche, non originano ticket e la loro rilevazione avverrà utilizzando il tracciato C.
- **Altre indicazioni:**
 - Gli interventi riabilitativi a pazienti con **complessiva grave disabilità (2 e 3)** sono garantiti dalla rete dei servizi pubblici. Tali interventi possono essere assicurate anche da strutture sanitarie private accreditate con il SSR solo a fronte di **protocolli operativi** definiti con le singole S.C. di RRF di ASL che ne hanno ravvisato la necessità. L’adozione di tali protocolli operativi, recepiti dalla Direzione Generale dell’ASL, dovrà essere oggetto di comunicazione in Assessorato - Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali -.
 - Al fine di un corretto utilizzo delle **prestazioni cod. 93.057.6 e 93.05.7 relative alla valutazione strumentale** dei disturbi motori sensitivi le strutture sanitarie pubbliche e private di RRF dovranno comunicare all’Assessorato – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali – **l’elenco delle strumentazioni utilizzate**.

GASTROENTEROLOGIA (58)

- **Le asportazioni di tessuto** (biopsie, asportazione o demolizione locale di tessuto, polipectomia) **effettuate contemporaneamente alla prestazione diagnostica di riferimento** (esofagogastroduodenoscopia, colonscopia, , sigmoidoscopia) sono da aggiungere alla stessa e **costituiscono prescrizione unica** al fine del calcolo della quota di partecipazione alla spesa sanitaria e della quota fissa di cui alla D.G.R. n. 11-2490 del 29/07/2011.
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 42.24 è Biopsia [endoscopica] dell'esofago - Brushing o washing per raccolta di campione.**
Tale codice è da utilizzarsi per la biopsia di tessuto dell'esofago, stomaco, duodeno , indipendentemente dal numero dei prelievi effettuati e degli organi interessati.
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 42.33.1 è Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo – polipectomia esofagea di uno o più polipi -**
Per via endoscopica.
Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa della prestazione codice 45.13.
- **Codice 42.33.2** La prestazione si riferisce ad **Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica** - mediante argon plasma.
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 43.41.1 è Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica – compresa polipectomia.**
Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa della prestazione codice 45.13 .
Tale codice va utilizzato anche per il duodeno.
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 43.41.2 è Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco 'per via endoscopica – Mediante Argon Plasma.**
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 45.13 è Esofagogastroduodenoscopia [EGD] –**
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 45.25 è Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione** Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24) .
Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24.
- La prestazione **Codice 45.42 Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso -**
Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico 'Escluso: Polipectomia con approccio addominale, è sempre effettuata contemporaneamente alla prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24..
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 48.35 è Asportazione locale di lesione o tessuto del retto** - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale.
- Il **codice 89.32.1** è da utilizzare per “ **Manometria ad alta risoluzione**”.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA (69)

- **Le linee guida relative alle prestazioni di risonanza magnetica in molti casi utilizzano il termine proiezione e ne stabiliscono il numero: tale indicazione è sostituita con “ nei diversi piani di scansione “.**
- La descrizione corretta della prestazione **Codice 88.74.6 (integrazione regionale) è Eco(color)doppler addome superiore** - la prestazione comprende l'analisi del fegato e vie biliari, pancreas, milza.
- **Prestazioni di RM piccole e grandi articolazioni:** nelle more della modifica del provvedimento i codici delle prestazioni sono da intendersi:

codice 88.94.1 Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica - piccole articolazioni - RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione.

codice 88.94.2 Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione.

codice 88.94.A Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione.

codice 88.94.B Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica senza e con contrasto- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione.

DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA (79)

- **Codice 99.93.2** la corretta descrizione della prestazione è “ **Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)**”.

LABORATORIO ANALISI (98)

- La tariffa delle prestazioni con i codici **90.42.9 TSH Reflex (TSH-R)** e **90.56.8 PSA Reflex (PSA-R)** è comprensiva di eventuali esami generati a cascata.
- **Codice 90.56.6 Antigene Prostatico Libero (PSA FREE)**
Non richiedibile singolarmente (vedi linee guida prestazione codice 90.56.8).
- La tariffa della prestazione **codice 90.68.1 IgE Specifiche Allergologiche** (Per ogni determinazione) non è € 71,20 bensì € 10,00.

- ❑ **Codice 90.83.3 Actinomiceti in materiali Biologici esame colturale.** Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.84.3 Batteri Anaerobi in materiali Biologici esame colturale**
Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.88.5 Campylobacter esame colturale.** La nota inserita nelle linee guida è sostituita con "Prestazione da riferirsi a materiale diverso da feci".
Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.90.5 Clostridium difficile esame colturale**
Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.91.4 E.coli enteropatogeni nelle feci esame colturale**
Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.94.1 Esame colturale del Sangue (Emocoltura)**
Tale codice va inteso ad un set di due flaconi (1 aerobio + 1 anaerobio) o ad un flacone per uso pediatrico.
- ❑ **Codice 90.94.7 Esame colturale Espettorato**
Trattasi di esame ad alto rischio di inappropriatazza.
- ❑ **Codice 90.95.4 Legionelle in materiali Biologici esame colturale**
Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.
- ❑ **Codice 90.97.7 Miceti Ag. Cellulari ed Extracellulari in materiali biologici**
Tale prestazione è da utilizzarsi per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche.
- ❑ **Codice. 91.05.1 Parassiti intestinali**
La tariffa di € 24,00 (sicuramente errata) è da intendersi € 2,40.

ALLEGATO 2

L'Allegato 2 comprende prestazioni di assistenza specialistica non classificabili come ambulatoriali, in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite.

Tutte le prestazioni presenti nell'Allegato 2, per la caratteristica delle medesime, non sono assoggettabili alla quota di partecipazione alla spesa sanitaria.

Alcune richieste di chiarimento sono pervenute relativamente alle branche di dietetica e nutrizione clinica e diabetologia, rispetto alle quali si forniscono le seguenti indicazioni:

DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA (COD. 79)

- ❑ **Le prestazioni codice 99.93.2, 99.93.3, 99.93.4, 99.93.5, 99.93.6 sono state inserite erroneamente in allegato 2, ma le prestazioni sono già presenti nell'Allegato 1. Pertanto quelle dell'Allegato 2 debbono intendersi annullate.**

- Il codice della prestazione “Rimozione di dispositivo per gastrostomia” è 99.93.9.

DIABETOLOGIA (COD.85)

- **Codice 89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi -**
La tariffa corretta è euro 12,90 anziché 20,00.
- **Codice 89.03 Anamnesi e valutazione definite complessive .**
La tariffa corretta è euro 20,70 anziché 40,00.
- **Codice 89.7 Visita generale .**
La tariffa corretta è euro 20,70 anziché 30,00.

ULTERIORI INDICAZIONI

Il Csi ha proceduto alle modifiche necessarie per l'adeguamento della procedura dei tracciati C: l'inserimento della produzione ambulatoriale del mese di luglio potrà essere effettuato a far data dal 31 luglio p.v. .

La procedura accoglierà, esclusivamente per le prestazioni erogate nella prima quindicina di luglio, le prestazioni erogate con regolamentazione pre e post D.G.R. n. 11-6036 del 2 luglio 2013 .

Al fine di rendere più agevole la consultazione del nomenclatore comprensivo delle indicazioni sopra riportate, si trasmettono aggiornati gli Allegati 1 e 2 al provvedimento di cui sopra.

Distinti saluti.

Dott. Sergio MORGAGNI



Allegato:

- a) Tabella temporalità interventi riabilitativi rispetto agli eventi disabilitanti.
- b) Tabelle All. 1 e All. 2 aggiornate.

DN/VB/MFM/MB/CG/AS/SDG
