

## **Allegato 4**

### **Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale della regione Friuli Venezia Giulia**

#### **Indicazioni generali**

Le prestazioni elencate nel nomenclatore tariffario rappresentano le prestazioni erogabili a carico del servizio sanitario regionale a favore di pazienti ambulatoriali.

Le prestazioni devono essere erogate nel rispetto delle "condizioni di erogabilità" previsti dalla normativa nazionale.

Le prime visite e le visite di controllo non comprendono i relativi accertamenti strumentali e concomitanti, pertanto le prestazioni erogate in concomitanza con la visita devono essere prescritte e tariffate. Solo nel caso sia espressamente specificato nella descrizione della visita o del controllo l'inclusione di prestazioni concomitanti, queste non andranno prescritte e tariffate. Le visite generalmente comprendono le seguenti fasi:

- controllo dell'indicazione alla visita;
- informazione al paziente circa le modalità di esecuzione della visita, adeguando le modalità di comunicazione al livello culturale del paziente;
- verifica dati del paziente ed esami precedenti;
- anamnesi;
- visita;
- registrazione delle informazioni nei supporti informatici a disposizione;
- prescrizioni (farmaci, terapie, altri esami ...);
- informazione al paziente sul risultato della visita e sulle successive fasi di cura ove presenti;
- indicazioni su stili di vita se necessario.

Indicativamente le prime visite, in base alla loro valorizzazione economica, dovranno presentare la seguente cadenza nella prenotazione:

- 15-24 minuti 29 euro;
- 25-44 minuti 39 euro;
- 45-60 minuti 49 euro.

Il controllo è una visita conseguente e a completamento della prima visita o di altra prestazione. La visita successiva alla prima o di controllo completa e aggiorna il quadro clinico-terapeutico di un problema già definito dal punto di vista diagnostico durante la prima visita. La distanza temporale tra la visita di controllo e la prestazione precedente è pari ad un massimo di 6 mesi. Al paziente cronico o già noto che presenta una riacutizzazione e che necessita di una rivalutazione complessiva deve essere prescritta la prima visita con tutte le fasi sopradescritte.

Le prestazioni di risonanza magnetica nucleare del cervello e del tronco encefalico (codici 88.91...), devono essere svolte con apparecchi da almeno 1 tesla di campo.

Per le prestazioni che includono eventuali valutazioni o integrazioni (ad es. 88.38.A/B/C/D/E/F), l'erogatore non è tenuto ad eseguire eventuali prestazioni, quando queste non siano indicate o prescritte nel quesito diagnostico.

Le prestazioni, che per problemi tecnici non attribuibili al paziente devono essere ripetute, non devono essere addebitate al paziente.

In caso di mancato ritiro del referto o mancata presentazione del paziente senza disdetta almeno 3 giorni prima dell'appuntamento, l'utente sarà tenuto al pagamento della prestazione per intero anche nei casi di esenzione a qualsiasi titolo (DGR 2034/2015 all.1 cap.10).

#### **Il Day Service**

Il day service si configura come un modello organizzativo assistenziale che comporta l'attivazione di interventi coordinati e interdisciplinari per dare risposta ad un quesito clinico, attraverso la presa in carico complessiva del paziente e la predisposizione di una cartella clinica ambulatoriale. L'attività di day service si sostanzia in Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) che possono essere ricondotti a quattro tipologie:

- un pacchetto di prestazioni Diagnostiche Multi-Disciplinari (DMD) da concludersi entro 30 giorni dal primo accesso (nel caso di monitoraggi post trattamento non viene considerato il termine di 30 gg);
- interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa (CAC);
- trattamenti di Riabilitazione Multi-Professionale (RMP) caratterizzati da alta intensità riabilitativa;
- Terapie Farmacologiche Complesse (TFC) con esami ematochimici e/o altri esami e/o visite, propedeutici e/o di controllo.

Le prestazioni di day service rientrano a tutti gli effetti nell'assistenza di specialistica ambulatoriale e, pertanto, integrano il Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale e seguono tutti i flussi di implementazione e rilevazione di tale regime di erogazione.

L'attività di day service si caratterizza per:

- programmabilità del PACC (è esclusa qualsiasi forma di urgenza, anche se differibile);
- prescrivibilità del PACC solo da parte dello specialista della branca di riferimento;
- non prenotabilità del PACC tramite CUP;

- disponibilità nell'Ente o nella struttura privata accreditata che eroga il PACC di tutti gli specialisti e le tecnologie, in proprio o tramite convenzione/accordo con altri enti o strutture, necessari ad assicurare completamente il PACC previsto;
- gestione unitaria dell'intero PACC da parte della struttura specialistica di riferimento, che si fa direttamente carico di prenotare ogni singola prestazione, favorendo il massimo contenimento degli accessi da parte del cittadino e rapportandosi con i diversi specialisti per formulare un'unica relazione clinica finale, esaustiva di tutto il PACC e comprensiva dei referti delle singole prestazioni effettuate;
- contenimento dei tempi di esecuzione del pacchetto di prestazioni costituenti il PACC, compresa la relazione clinica conclusiva da consegnare al cittadino al termine dell'ultimo accesso.

Può essere prescritto un solo PACC per ricetta rossa, dematerializzata o elettronica, e ai fini della compartecipazione eventualmente dovuta da parte dei cittadini, il PACC è da considerarsi come un'unica prestazione di specialistica ambulatoriale appartenente alla branca di riferimento individuata.

Il day service contempla che generalmente tutte le prestazioni previste nel pacchetto vengano erogate. Qualora nel PACC siano presenti prestazioni non pertinenti o non necessarie al caso specifico (ad esempio perché già erogate nel breve periodo), queste possono non essere erogate. Le prestazioni non erogate andranno spuntate ed escluse dal PACC e non potranno superare il 20% del numero di prestazioni previste oppure il 20% della tariffa del PACC. Conseguentemente la tariffa dovrà tener conto delle prestazioni escluse. Il PACC dovrà mantenere la multidisciplinarietà.

Nel caso in cui l'erogazione di un PACC venga interrotta per volontà del paziente, quest'ultimo dovrà remunerare la struttura erogatrice delle prestazioni già eseguite per la tariffa prevista.

#### **NOTA H**

Indica che la prestazione deve essere erogata in ambulatori per la chirurgia ambulatoriale complessa come indicato nella DRG 1252/2018 oppure in ambulatori situati presso strutture di ricovero.

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE