

D.G. Sanità

Circolare 29 dicembre 2011, n. 14
Flusso informativo di rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale per l'anno 2012 con particolare attenzione alla MAC ed indicazioni sulla rendicontazione dei farmaci utilizzati in MAC

Ai Direttori Generali
Aziende ASL e Ospedaliere
Ai Direttori Generali
Delle Fondazioni
Al Commissario Straordinario
Ircs inrca di Casatenovo
Ai legali Rappresentanti
Ircs di diritto privato
Ospedali Classificati
Case di Cura accreditate
Loro sedi

Le indicazioni più recenti in merito al flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale sono contenute nella circolare 20/SAN del 30 dicembre 2010 e nelle successive note trasmesse nel corso del 2011.

Per la rilevazione 2012 non sono previste modifiche rilevanti al tracciato attualmente in uso, vengono tuttavia fornite alcune indicazioni a seguito delle disposizioni impartite con d.g.r. IX/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012» (in particolare Allegati 10 e 13) di cui dovrà essere tenuto conto ai fini della corretta prescrizione ed erogazione delle prestazioni e della successiva rendicontazione nei flussi informativi esistenti.

1. Allegato 10 «Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale» – Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC)

Ad integrazione del nomenclatore tariffario, sono stati introdotti i pacchetti MAC definiti in seguito all'attività di riclassificazione di posti letto di Day Hospital non chirurgico in postazioni di macroattività ambulatoriale complessa.

Le prescrizioni relative alle attività MAC devono essere effettuate, utilizzando le ricette del SSN (ricetta rossa), dagli specialisti delle strutture nelle quali le prestazioni vengono erogate. In proposito, ai fini prescrittivi, si precisa che ogni pacchetto MAC vale come una singola prestazione e che pertanto per la compilazione della ricetta rimangono valide le indicazioni più volte fornite (esempio: fino a 8 prestazioni / pacchetti MAC per ricetta, ...).

I «pacchetti» (MAC) dovranno essere rendicontati a partire dalle prenotazioni del 1° gennaio 2012 sulla falsariga delle prescrizioni cicliche o erogabili in tempi diversi (vedi ad esempio Recupero e Rieducazione Funzionale).

Per quanto riguarda la rendicontazione delle attività erogate, al fine di non dilazionarne nel tempo la segnalazione nei flussi informativi e per semplificare gli aspetti di gestione economica, si forniscono innanzitutto due indicazioni di tipo generale:

- la rendicontazione dovrà essere su base mensile (non si deve attendere la conclusione del ciclo di MAC), facendo riferimento a ciò che è stato erogato in quel mese
- le prescrizioni di MAC vanno chiuse tassativamente nell'anno di rilevazione.

Pertanto si forniscono le ulteriori specificazioni che seguono:

- La data di contatto corrisponderà alla data di erogazione della prima prestazione e la data di fine corrisponderà con la data di erogazione dell'ultima prestazione erogata nel mese di rilevazione.
- Qualora le prescrizioni riferite ad una MAC contenessero prestazioni erogabili in tempi superiori al mese le attività dovranno essere comunque trasmesse con periodicità mensile, con la rendicontazione delle sole attività erogate, anche se parziali.
- Per le prescrizioni non concluse nel mese, nei mesi successivi le stesse dovranno essere inviate a correzione, avendo cura di indicare nel record il numero cumulativo di prestazioni erogate (comprensivo quindi di quelle già segnalate nei mesi precedenti). L'integrazione dei record

a correzione proseguirà (se necessario) fino ad esaurimento di quanto prescritto (modificando quindi di volta in volta sia il numero di prestazioni cumulative effettuate sia la data di fine erogazione).

- Per facilitare la rendicontazione amministrativa, tutte le attività MAC dovranno essere chiuse entro l'anno (31 dicembre) di rilevazione, pertanto sarà opportuno tenerne conto al momento della prescrizione. Per le attività prescritte e non erogate entro l'anno occorrerà rinnovare il documento di prescrizione.

File AMB1.TXT – AMB2.TXT – AMB3.TXT

Rispettivamente:

Posizione 10-17 / 18-25 / 10-17 – «Data Contatto»

Il campo andrà compilato indicando la data di erogazione della prima prestazione del primo pacchetto erogato

File AMB2.TXT

Posizione 10-17 – «Data prenotazione»

Indicare la data di prenotazione della prima prestazione (primo pacchetto MAC); per le prestazioni erogate senza prenotazione la «data di prenotazione» dovrà essere fatta coincidere con la «data del contatto»

Posizione 42-42 – «Provenienza»

Il campo va compilato con **2**=Specialista

Posizione 60-60 – «Identificativo tipo di prestazione»

Il campo va compilato con **Z**=programmata

Posizione 61-62 – «Posizione ticket»

Identifica la modalità di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'assistito nel caso di prestazioni erogate in regime di SSR.

Fino a che non saranno definite le tariffe dei singoli pacchetti, la posizione ticket dovrà assumere il valore **90**=altro esente.

Con l'introduzione delle tariffe, la compartecipazione alla spesa dovrà seguire le stesse regole già vigenti per le attività di specialistica ambulatoriale e quindi sarà dovuta per i soli cittadini non esenti (posizione ticket 40). Per gli assistiti a vario titolo esenti il campo dovrà essere compilato con la codifica coerente con la condizione di esenzione (10, 20, 50, 60, 61, 62, 63, 90).

Posizione 75-77, 83-85, 91-93, 99-101, 107-109, 115-117, 123-125, 131-133 – «Quantità»

Indicare il numero di pacchetti erogati fino al mese di rilevazione per ogni codice MAC.

Qualora la prescrizione contenesse pacchetti non esauriti nel mese di rilevazione, la prescrizione dovrà essere trasmessa a correzione nei mesi successivi aggiornando (integrandolo) il valore riferito a questo campo.

Esempio:

Prescrizione:

Ricetta	prestazione	quantità
0300090478089180	MAC01	6

Rendicontazione:

mese di rilevazione	Ricetta	prestazione	quantità	destinazione del record	data erogazione	data fine erogazione
gennaio	0300090478089180	MAC01	2		4/01/2012	20/01/2011
febbraio	0300090478089180	MAC01	4	C	4/01/2012	21/02/2011
marzo	0300090478089180	MAC01	6	C	4/01/2012	23/03/2011

Posizione 134-135 – «Classe di priorità»

Il campo va compilato con «P» (programmata)

Posizione 183-190 – «Data fine erogazione»

Il campo va compilato indicando la data di erogazione dell'ultima prestazione (o pacchetto) effettuata nel mese di rilevazione

Posizione 209-212 – «Quota Fissa»

Fino a che non saranno definite le tariffe dei singoli pacchetti, non sarà dovuta Quota Fissa e pertanto il campo dovrà essere compilato con «0000».

Con l'introduzione delle tariffe, la Quota Fissa sarà dovuta per tutte le prestazioni erogate ad assistiti non esenti secondo le indicazioni fornite nella d.g.r. n. 2073 del 28 luglio 2011.

2. Allegato 13 «Salute Mentale» – Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

Per quanto attiene le prestazioni erogate nell'ambito dei progetti di NPIA e contraddistinte nel campo «Identificativo tipo di prestazione» (Posizione 60-60) con il valore «G», il campo «Quota Fissa» (Posizione 209-212) dovrà essere compilato con «0000».

3. MAC e rendicontazione dei Farmaci

Si ricorda che, riprendendo quanto disposto dall'allegato 12 della d.g.r. IX/2633 del 6 dicembre 2011, all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera, per quanto riguarda il File F riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2012 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2011, con un incremento massimo di sistema fino al 9% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk - sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza.

Inoltre, come disposto nell'allegato 9 (Indici di offerta – Negoziazione) della citata d.g.r., fatto salvo l'incremento massimo di sistema di cui sopra, si conferma che nessun soggetto erogatore nel 2012 potrà incrementare di più del 12% le richieste di rimborso per le predette voci di File F rispetto al 2011.

Ciò premesso, per quanto riguarda la rendicontazione dei farmaci connessi alle attività MAC si forniscono le indicazioni che seguono.

Mac 01: similmente a quanto avveniva per il DRG 410 J la corretta rendicontazione dei farmaci utilizzati avviene in File F tipologia 5 (indicazione da scheda tecnica e rimborsabilità AIFA) ed in tipologia 3 (estensione di indicazione in Legge 648 secondo quanto previsto nella determinazione AIFA del 18 maggio 2011 GU N° 118 del 23 maggio 2011).

Mac 02/MAC 03: similmente a quanto avveniva per il DRG 410 I il pacchetto è comprensivo dei farmaci.

Mac 04: questo pacchetto è per pazienti in terapia con farmaci antitumorali orali o con somministrazione IM, la cui rendicontazione in File F è prevista in tipologia 1 (indicazione da scheda tecnica e rimborsabilità AIFA) o 3 (estensione di indicazione in Legge 648 secondo quanto previsto nella determinazione AIFA del 18 maggio 2011 GU N° 118 del 23 maggio 2011).

Mac 05: la sola terapia trasfusionale viene rendicontata, per i pacchetti MAC erogati dal 1° gennaio 2012, con una nuova tipologia di File F – tipologia 16 – Emocomponenti somministrati in prestazione MAC 05.

Mac 09/MAC 10: con la dicitura «normale distribuzione» di farmaci si intendono i medicinali di Classe A.

Le prestazioni comprendenti la sola somministrazione infusoriale di farmaci ad alto costo per patologie quali artrite reumatoide, sclerosi multipla, psoriasi ed altre

affezioni gastroenterologiche autoimmuni, terapia farmacologica per il trattamento delle malattie rare e le instillazioni endovesicali di antitumorali continuano ad essere effettuate in regime ambulatoriale (prestazioni 992A e 9649) con la rendicontazione del farmaco ad alto costo in File F con tipologia 2 o 10.

4. MAC ed eventuali prestazioni di laboratorio e diagnostica

Le prestazioni di laboratorio e diagnostica strumentale, non esplicitamente comprese nella descrizione del pacchetto MAC, ma attinenti la corretta gestione clinica del paziente durante l'attività MAC sono da ritenersi comprese nel pacchetto MAC e quindi non devono essere rendicontate a parte.

5. MAC ed esenzione per patologia

Non essendo i pacchetti MAC patologia specifici ma rappresentativi di una determinata complessità assistenziale, diagnostica e terapeutica erogata si da indicazione che quando queste attività sono garantite a favore di pazienti esenti per patologia e le tipologie di prestazioni erogate sono prevalentemente tra quelle per le quali i pazienti stessi godono di esenzione lo

specialista, al momento della prescrizione, certifica sulla impegnativa l'esenzione.

Si precisa infine che non può esserci sovrapposizione tra attività MAC ed attività di day hospital e di ricovero e cura e che nel caso di passaggio da attività MAC a ricovero il pacchetto MAC non deve essere rendicontato in quanto compreso nel ricovero conseguente.

Si ricorda che sul sito di questa Direzione Generale:

<http://www.sanita.regione.lombardia.it>

nell'area «Informazioni e Servizi» – «Prestazioni e tempi di attesa»

è possibile scaricare il nomenclatore di specialistica ambulatoriale aggiornato a seguito delle disposizioni impartite con la d.g.r. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011.

Per quanto attiene la chiusura del flusso informativo riferito all'anno contabile 2011 si conferma che i dati relativi dovranno pervenire a questa Direzione Generale entro e non oltre il 15 febbraio 2012.

Sarà cura delle Aziende Sanitarie Locali trasmettere copia della presente ai presidi accreditati del proprio ambito territoriale non presenti in indirizzo.

Rimanendo come sempre a disposizione per ulteriori chiarimenti e confidando nella consueta collaborazione si porgono distinti saluti.

Il direttore generale
Carlo Lucchina