

FAQ Trasferimento DH oncologico in Regime Ambulatoriale

Delibera di Giunta 463/2016 - Circolare regionale 3/2016

A - SEDUTA DI CHEMIOTERAPIA E CODICI DI PRESTAZIONE

- 1. Cosa si intende esattamente per seduta? Cosa include una seduta? La singola seduta equivale al codice prestazione 992501 oppure 8901F0?**

La singola seduta del ciclo di chemioterapia comprende l'intero pacchetto di prestazioni specialistiche erogate in associazione al trattamento farmacologico. I codici 992501 e 8901F0 corrispondono ad una sola seduta del ciclo (tariffa per seduta) (DGR 463/2016).

- 2. La seduta equivale al profilo di cura? Come deve essere erogato tutto ciò che è incluso nel profilo, quindi trattamento, visita oncologica, esami di laboratorio? Una riga con codice prestazione 992501 o 8901F0? Oppure ogni singola prestazione deve essere erogata a parte?**

Come cita la DGR 463/201 il codice 992501 e il codice 8901F0 sono inclusivi di Trattamento infusionale/dispensazione/iniezione a seconda del codice, visita specialistica, esami ematochimici propedeutici al trattamento antitumorale e per codice 992501 anche di tutte le attività di supporto (monitoraggio paziente, counselling infermieristico) per cui va rendicontata nell'ASA tramite modulo DSA la sola prestazione 992501 o 8901F0 e non tutti i singoli esami in esse inclusi.

- 3. Quando in una unica seduta viene consegnata tutta la terapia orale, deve essere considerata 1 seduta o n sedute (tante quante sono le compresse)? La prima seduta infatti è completa (trattamento, visita, esami), le altre sono composte dal solo trattamento, per cui come devono essere considerate?**

Il codice 992501 e il codice 8901F0 contengono al loro interno visite ed esami, nel caso la terapia sia consegnata al paziente in una sola seduta va rendicontata una seduta.

Nel caso si facessero delle visite senza erogazioni di esami il codice da utilizzare è 89.01.F, riconducendola sempre alla modalità di accesso Day service e utilizzando la medesima modulistica DSA.

Non è possibile utilizzare il codice 992501 e il codice 8901F0 per la sola consegna della terapia orale senza esami e visita.

- 4. Se il paziente non esegue la chemioterapia (ad es.: per malore o perché gli esami non lo consentono, ecc.), per cui viene effettuata solo la visita e/o gli esami ematochimici, queste prestazioni come devono essere codificate?**

Nel percorso DSA vanno rendicontati i codici della sola visita (codice 89.01.F) e/o i codici degli esami del sangue effettuati (come per le prestazioni aggiuntive). Non è possibile, quindi, utilizzare il codice 992501 e il codice 8901F0.

5. **La voce “Esami ematochimici propedeutici al trattamento antitumorale” (n. 3 del Profilo di cura dei codici 922501 e 8901F0) quali prestazioni comprende?**
La voce comprende tutti gli esami ematochimici che si rendono necessari per poter effettuare la seduta di chemioterapia. Sono escluse le indagini genetiche finalizzate alla valutazione della presenza di marker tumorali.
6. **Se nella stessa giornata un paziente è sottoposto sia a terapia infusiva che a terapia sottocute/intramuscolo/orale (con visita ed esami), in ASA si riporta solo la prestazione 992501?**
Sì, è corretto riportare solo la prestazione 992501.
7. **Quando in una unica seduta viene eseguita sia un'infusione che un trattamento con dispensazione di farmaci per via orale o per iniezione deve essere considerata 1 seduta 992501 oppure due sedute 992501 e 8901F0?**
Il codice da utilizzare è unico ed è 992501, mentre vanno rilevati tutti i farmaci erogati durante quella seduta.

B - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE e ESAMI PROPEDEUTICI

1. **Gli esami strumentali (radiologici) non sono citati nell'elenco delle prestazioni della seduta. Vanno considerati come esami aggiuntivi (sempre nel DSA) o sono da considerare extra DSA? O devono essere inclusi nel profilo di cura?**
Come cita la DGR 463/2016: Per le eventuali ulteriori prestazioni che si rendessero necessarie nell'ambito dell'accesso dovrà essere prevista l'erogazione tramite il modello organizzativo del DSA. Quindi eventuali esami strumentali devono essere considerati come esami aggiuntivi e inseriti nel modulo DSA e rendicontati come attività specialistica con modalità di accesso Day service e tipologia modulo DSA.
2. **Eventuali richieste di consulenze sono prestazioni aggiuntive all'interno del DSA? Oppure sono extra?**
Come cita la DGR 463/2016 : Per le eventuali ulteriori prestazioni che si rendessero necessarie nell'ambito dell'accesso dovrà essere prevista l'erogazione tramite il modello organizzativo del DSA. Quindi eventuali consulenze aggiuntive alla visita specialistica già compresa nel codice 992501 o nel codice 8901F0 devono essere considerati come esami aggiuntivi e inseriti nel modulo DSA e rendicontati come attività specialistica con modalità di accesso Day service e tipologia modulo DSA.
3. **Gli esami per rilevare i marker tumorali vengono considerati esami ematochimici propedeutici al trattamento antitumorale inclusi nelle prestazioni 992501 (Trattamento antitumorale con infusione di farmaci) e 8901F0 (Trattamento antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea)?**
No, gli esami per rilevare i marker tumorali devono essere rendicontati come prestazioni aggiuntive nei DSA.

4. **La voce “Esami ematochimici propedeutici al trattamento antitumorale” (n. 3 del Profilo di cura dei codici 922501 e 8901F0) comprende anche le prestazioni relative ad iniezione di altri farmaci canale vertebrale (cod nomenclatore 03.92) o prestazioni analoghe (ad esempio codice nomenclatore 03.8...)?**

La voce comprende tutti gli esami ematochimici che si rendono necessari per poter effettuare la seduta di chemioterapia. Sono esclusi i trattamenti locali.

Nel caso in cui il trattamento locale sia parte integrante di una terapia sistemica (codici 922501 e 8901F0) deve essere codificata come prestazione aggiuntiva.

Mentre nel caso in cui tutta la terapia sia esclusivamente locale potrà essere ugualmente aperto un DSA in questo caso non dovranno essere utilizzati i codici relativi alla terapia sistemica (codici 922501 e 8901F0) ma andranno rilevate singolarmente all'interno del DSA tutte le prestazioni eseguite (siano visite, esami ematochimici.....)

5. **Quando si fa chemioterapia con iniezione nel canale vertebrale (codice 03.8 iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale) come si devono rendicontare gli esami pre-terapia?**

Vanno rilevate all'interno del DSA tutte le prestazioni eseguite pre-terapia come prestazioni singolarmente codificate, in quanto non fanno parte di un pacchetto.

C - URGENZE

1. **Come devono essere trattate le urgenze?**

(Per urgenza si intendono problemi che sopraggiungono durante un accesso per cui possono aver bisogno di chiedere una consulenza a qualche specialista dei reparti (gastroenterologo ecc.)

Per salvaguardare la continuità di assistenza e presa in carico dell'assistito sarà possibile chiedere qualsiasi consulenza e/o esami che si rendessero necessari secondo l'organizzazione in uso nella struttura. Per tutte le prestazioni specialistiche che si rendessero necessarie nell'ambito dell'accesso, da considerare esami aggiuntivi, dovrà essere prevista la rilevazione tramite il modulo DSA. Quindi eventuali esami strumentali, visite, e qualsiasi prestazione contraddistinta da un codice di nomenclatore che si dovesse rendere necessaria e sono considerati come esami aggiuntivi e vanno inseriti nel DSA con modalità di accesso DSA.

D - CHIUSURA DEL DSA

1. **Si può lasciare aperto un DSA quando il paziente deve sottoporsi a un intervento chirurgico programmato o comunque a un ricovero ospedaliero?**

Normalmente non possono coesistere attività ambulatoriali e di ricovero e quando le condizioni cliniche rendessero necessario il passaggio dal regime ambulatoriale a quello di ricovero, il ciclo di cura ambulatoriale dovrà essere chiuso alla data dell'ultimo contatto.

Infatti la DGR 463/2016 cita: Si precisa altresì che non potrà esserci coesistenza di attività ambulatoriali e di ricovero e che nel caso le condizioni cliniche lo rendessero

necessario e si effettuasse il passaggio dal regime ambulatoriale a quello di ricovero, il ciclo di cura ambulatoriale dovrà essere chiuso alla data dell'ultimo contatto.

2. Come si rendicontano le sedute di chemioterapia eventualmente effettuate durante un ricovero ospedaliero non correlato alla patologia oncologica?

Poiché il DSA deve essere chiuso nel momento in cui si apre il ricovero, la seduta di chemioterapia non sarà rendicontata in ASA. La somministrazione del farmaco oncologico ad alto costo viene registrata nel flusso FED utilizzando la modalità di erogazione 12 "farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero ordinario".

3. Quando va chiuso il DSA?

Il DSA deve essere chiuso quando finisce il ciclo alla data dell'ultima seduta se questa è effettuata durante l'anno in corso e in ogni caso al 31 dicembre se a cavallo di due anni. In questo caso verrà riaperto al 1 gennaio dell'anno successivo. Inoltre quando le condizioni cliniche rendessero necessario il passaggio dal regime ambulatoriale a quello di ricovero, il ciclo di cura ambulatoriale dovrà essere chiuso alla data dell'ultimo contatto. Prestazioni eventualmente programmate dopo la data di chiusura potranno essere inserite nel successivo percorso DSA.

E - RICOVERO IN DAY HOSPITAL

1. Quali prestazioni e quali farmaci sono previsti nelle residuali terapie chemioterapiche effettuate in regime DH? E' previsto un elenco?

Non è previsto uno specifico elenco di farmaci o prestazioni che rimangono effettuate in DH.

La DGR 463/2016 fornisce i criteri per la conversione dei DH oncologici in regime ambulatoriale; prevede che l'attività di chemioterapia sia trasferita in regime ambulatoriale in modo progressivo, dall'entrata in vigore, in relazione alla chiusura dei singoli DH, e che l'attività in regime di ricovero sia riservata ai casi in cui le condizioni cliniche lo rendono necessario.

Inoltre ribadisce che anche l'attività di inquadramento diagnostico /stadiazione /follow up sia svolta in regime ambulatoriale, ove consentito dalle condizioni cliniche e dalla tipologia di prestazione.

Pertanto per tali attività l'erogazione in regime di ricovero resta per l'esiguo numero di prestazioni non presenti nel nomenclatore tariffario e che non comportano però l'attribuzione del caso ai DRG 410-492.

F - FARMACI AD ALTO COSTO

1. Quali farmaci e in base a quale criterio vengono considerati ad alto costo?

Per farmaci oncologici ad elevato costo di cui alla circolare 3/2016 si intende un elenco definito di farmaci oncologici ed onco-ematologici compensabili in caso di somministrazione in regime di ricovero. L'elenco è consultabile sul sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, pagina tabelle di riferimento del flusso FED.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/assistenza-farmaceutica/fed/tabelle-di-riferimento>

G - TERAPIA ORALE

- 1. La modalità di erogazione 11 riguarda solo i farmaci somministrati in DH o anche quelli erogati in distribuzione diretta a un paziente che fa terapia in DH (poi eventualmente va alla farmacia ospedaliera a ritirare un farmaco una volta alla settimana)?**

Alla modalità di erogazione 11 devono essere attribuiti solo i farmaci somministrati durante la terapia in DH. L'eventuale distribuzione diretta erogata alla dimissione o intervenuta tra un ricovero e l'altro, deve essere attribuita alle modalità di erogazione:

01 = erogazione alla dimissione da ricovero

03 = erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico.

In tali casi residuali è comunque obbligatorio indicare il numero di scheda di dimissione ospedaliera SDO.

- 2. In FED come devono essere tracciati nel ricovero ordinario i farmaci oncologici ed onco-ematologici orali?**

In FED, per il regime di ricovero ordinario devono essere rilevati solo i farmaci oncologici ad elevato costo.

I farmaci oncologici ed onco-ematologici orali somministrati in regime di ricovero ordinario non devono essere rilevati in FED.

- 3. Se i farmaci oncologici orali anziché essere erogati nell'ambito del DSA attivato per un certo paziente dalla struttura che lo ha preso in carico, sono erogati in Distribuzione Diretta dall'azienda di residenza del paziente o comunque da altra azienda, deve essere riportato il codice DSA? Quale modalità di erogazione deve essere attribuita?**

Nel caso in cui i farmaci oncologici orali siano erogati da un'azienda/struttura diversa da quella che ha attivato il DSA, nel flusso FED deve essere obbligatoriamente riportato il codice DSA attribuito dall'azienda/struttura che ha attivato il percorso. La modalità di erogazione deve essere rilevata con il valore 10 = farmaci distribuiti direttamente nell'ambito del Day Service Ambulatoriale oncologico (oncologici e ancillari); poiché in tali casi non viene effettuata la prestazione, nel campo prestazione ambulatoriale (file B, pos79) inserire la dicitura ASSENTE.

- 4. In caso di farmaci orali per utilizzo al domicilio consegnati in distribuzione diretta su un "piano terapeutico" che prevede ad esempio 2 visite all'anno ma distribuzioni mensili o bimestrali di farmaci, quale prestazione indicare nel "campo prestazione ambulatoriale" tab B?**

La prestazione ambulatoriale va indicata solo quando effettivamente effettuata. Le erogazioni di farmaci in date diverse da quelle nelle quali si effettua il pacchetto 8901F0, avranno la modalità di erogazione 10 (distribuzione diretta in ambito DSA); nel campo "numero ricetta" (file A, pos. 145) indicare il codice di DSA collegato alla erogazione; nel campo prestazione ambulatoriale (file B, pos79) inserire la dicitura ASSENTE.

5. **In caso di farmaci per utilizzo al domicilio consegnati in distribuzione diretta dopo terapia infusiva: quali farmaci riportare in FED, solo quelli con costo >15€ up o tutti in quanto erogati in distribuzione diretta? Quale prestazione indicare nel "campo prestazione ambulatoriale" tab B?**

Vanno rilevati tutti i farmaci indipendentemente dal costo. Se il paziente è in DSA, nel campo prestazione ambulatoriale è corretto indicare la prestazione 992501 corrispondente a quanto rilevato in ASA. Solo ai fini della compensazione della mobilità sanitaria, per pazienti in DSA, eventuali ancillari di costo <15 € u.p. saranno successivamente esclusi dal ritorno informativo di mobilità.

H - FARMACI NON CHEMIOTERAPICI

1. **Se tra un ciclo chemioterapico e l'altro un paziente si presenta in ambulatorio ed ha necessità di somministrazione di farmaci e.v. non chemio terapeutici (reidratazione, terapia antalgica, antiemetici o altro...), come va inserito e rendicontato in FED?**

La somministrazione deve essere inserita in FED indicando il codice di prestazione 89.01.F - visita oncologica di controllo.

Infatti, come riportato nella circolare 3/2016, il codice 89.01.F deve essere utilizzato per:

- visite di controllo senza esami e senza erogazione di farmaco
- visite di controllo con somministrazione di farmaci ancillari (se di costo superiore a 15 € u.p. questi saranno rendicontati anche in FED).

2. **Quale prestazione utilizzare per l'infusione endovenosa di acido zoledronico o farmaci simili?**

Qualora farmaci non chemioterapici come l'acido zoledronico siano somministrati in concomitanza con la chemioterapia, tali somministrazioni devono essere incluse nella prestazione 992501 (Trattamento antitumorale con infusione di farmaci) e il costo del farmaco deve essere rendicontato in FED (se il costo >15 euro/u.p.).

Nel caso di somministrazioni a pazienti oncologici non più sottoposti a chemioterapia o nel caso di somministrazioni in una seduta diversa da quella del trattamento chemioterapico, devono essere utilizzate le seguenti prestazioni:

- visita 89.01.F (visita oncologica di controllo) si usa sempre il codice visita
- esami ematochimici propedeutici al trattamento con acido zoledronico o altri farmaci simili.

Tali prestazioni devono essere rendicontate in DSA. Il farmaco deve essere rendicontato in FED (se il costo >15 euro/u.p.).

I - SPERIMENTAZIONI CLINICHE

1. **Nel flusso FED devono essere inclusi i farmaci somministrati nell'ambito di uno schema sperimentale forniti dallo sponsor della sperimentazione?**

I farmaci somministrati nell'ambito di uno schema sperimentale forniti dallo sponsor della sperimentazione devono essere rilevati in FED, indicando costo zero, che non deve entrare nel calcolo del costo medio ponderato.

2. **Nel flusso FED devono essere inclusi i farmaci somministrati nell'ambito di uno schema sperimentale, il cui costo è a carico dell'azienda sanitaria (studi spontanei)?**

I farmaci somministrati nell'ambito di uno schema sperimentale, il cui costo è a carico dell'azienda sanitaria devono essere rilevati in FED indicando il relativo costo medio ponderato.

L - TERAPIA NON SOMMINISTRATA

1. **In FED, deve essere rilevata la terapia chemioterapica e.v. preparata e non somministrata per improvvise complicanze sopraggiunte al paziente?**

In FED non deve essere tracciata la chemioterapia e.v. preparata e non somministrata al paziente per improvvise complicanze dello stesso.

M - CORRISPONDENZA AFO FED

1. **Quali valori del Flag di erogazione diretta del flusso AFO devono corrispondere alle modalità di erogazione 9, 10, 11 e 12 del flusso FED?**

Nella tabella seguente sono riportate le corrispondenze tra i flussi AFO e FED tra modalità di erogazione e flag di distribuzione diretta.

| FED | | | AFO | |
|-----------|---|---|----------|--|
| 09 | Farmaci somministrati in Day Service Ambulatoriale oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.); | ↔ | N | Consumo interno alle strutture (regime ambulatoriale) |
| 10 | Farmaci distribuiti direttamente nell'ambito del Day Service Ambulatoriale oncologico (oncologici e ancillari); | ↔ | S | Pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico |
| 11 | Farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.); | ↔ | N | Consumo interno alle strutture |
| 12 | Farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero ordinario | ↔ | N | Consumo interno alle strutture |

N – SOMMINISTRAZIONE INTRAVESICALE

D: Qual è il codice di prestazione appropriato per indicare l'erogazione di farmaco oncologico con via di somministrazione intravesicale?

R: Per la somministrazione di un farmaco oncologico per via intravesicale possono verificarsi due situazioni (entrambe corrette):

1. **Non viene aperto un DSA:** il codice corretto è 96.49 - INSTILLAZIONE GENITOURINARIA. E' corretto inviare il farmaco in FED con la modalità di erogazione 08 (farmaci somministrati ambulatorialmente quando il costo della prestazione non comprende il farmaco). La prestazione deve essere inviata in ASA con il codice 96.49

2. **Viene aperto un DSA:** codice di prestazione 96.49 - INSTILLAZIONE GENITOURINARIA. Viene inviato il farmaco in FED con la modalità di erogazione 09 (farmaci somministrati in Day Service ambulatoriale oncologico). La prestazione deve essere inviata in ASA con il codice 96.49, con la modalità di accesso 05 (Day service) e con la tipologia modulistica prescrittiva 03 (modulo di Day service)

Esempi di farmaci:

| Descrizione | Minsan | PrincipioAttivo | PrincipioAttivoDescrizione |
|---|-----------|-----------------|----------------------------|
| EPIRUBICINA 1000 MG/500 ML SACCA BAXTER CHM0808C (2 mg/ml) ASMN | | L01DB03 | EPIRUBICINA |
| EPIRUBICINA TEVA 50 MG/25 ML FL. (2 mg/ml) | 039000031 | L01DB03 | EPIRUBICINA |
| GEMSOL 1000 MG/25 ML FL. (40 mg/ml) | 040278044 | L01BC05 | GEMCITABINA |
| MITOMYCIN C 40 MG FL. POLVERE (endovesicale) | 016766040 | L01DC03VESC | MITOMICINA (endovesicale) |

25 gennaio 2018