



Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Mattone 2

Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

**Prestazioni di Assistenza Specialistica
Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN**





RIFERIMENTI

Redatto da:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Società:	
Verificato da:	Carlo Zocchetti
Società:	Regione Lombardia
Approvato da:	Cabina di Regia
Data:	16/05/2007



INDICE

1 UN PO' DI STORIA	4
2 IL DPCM 29.11.2001 SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	7
3 IL CONTRIBUTO DEL PROGETTO MATTONE “CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI”	10
3.1 OBIETTIVI SPECIFICI	10
3.2 LA METODOLOGIA OPERATIVA	11
4 IL NUOVO NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI “ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE”	14
4.1 COSA È “ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE”	14
4.2 IL RUOLO DEL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI	18
4.3 LA STRUTTURA DEL NUOVO NOMENCLATORE	19
4.4 INDICAZIONI E LINEE GUIDA PER GLI ADATTAMENTI REGIONALI/LOCALI	23
5 IL FLUSSO INFORMATIVO PER IL NUOVO NOMENCLATORE	25



1 Un po' di storia

Con il decreto 22 luglio 1996 recante “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe” il Ministero della Sanità ha individuato l’elenco delle “*prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale, e le relative tariffe*” (art. 1).

Il decreto si compone di quattro allegati:

- allegato 1: elenco delle prestazioni ordinate in base al codice ICD9-CM. Ogni voce riporta la descrizione della prestazione e la tariffa di remunerazione, in alcuni casi, sono indicate specifiche condizioni di erogabilità, identificate con lettere e simboli (H, *, R: per il loro significato si veda l’art. 1 del citato decreto). Alcune note, relative alla erogazione di specifiche prestazioni, sono riportate alle fine dell’allegato,
- allegato 2: elenco di alcune prestazioni erogabili solo allorquando sussistano specifiche indicazioni clinico-diagnostiche; tali indicazioni sono esplicitate nell’allegato e riferite alle relative prestazioni,
- allegato 3: elenco delle prestazioni secondo le rispettive branche specialistiche (così come previste dal D.M. 7 novembre 1991). L’allegato consente l’applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini. In questo elenco, una stessa prestazione può essere presente in più di una branca specialistica,
- allegato 4: elenco delle prestazioni non più erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale. In tale elenco sono contenute le prestazioni considerate obsolete, ridondanti, parti di prestazioni (Parte A) e le prestazioni non erogabili in regime ambulatoriale (Parte B).

Il decreto dà la possibilità alle Regioni ed alle Province autonome di “*prevedere l’erogazione, nel proprio territorio, di ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell’allegato 1, curandone la codifica coerentemente al sistema di classificazione utilizzato nello stesso allegato*”, con l’esclusione delle prestazioni obsolete indicate nell’allegato 4; queste prestazioni ulteriori “*dovranno essere contrassegnate con la lettera «I»*”. Le Regioni e le Province autonome possono “*individuare ulteriori prestazioni da assoggettare, nella propria realtà territoriale, alle suddette condizioni di erogabilità*” e la possibilità di “*prevedere l’accorpamento per profilo di trattamento di due o più prestazioni, come identificate nell’allegato 1. Tali accorpamenti, con le tariffe corrispondenti, dovranno essere specificamente codificati e contrassegnati con la lettera «A»*”.

Tale provvedimento individua le tariffe precisando che esse “*rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori*”; inoltre, ai fini della programmazione sanitaria nazionale, alle Regioni e Province autonome è data l’indicazione di “*provvedere ad inviare al Ministero della Sanità i propri provvedimenti di determinazione delle tariffe delle prestazioni oggetto del presente decreto, corredati dei relativi dati di riferimento sui costi, entro sessanta giorni dalla loro approvazione*”.

L’art. 3 concludeva il decreto con l’indicazione che l’elenco delle prestazioni “*può essere aggiornato dal Ministero della Sanità, per le esigenze della programmazione sanitaria e per gli adeguamenti*”.



conseguenti all'introduzione delle innovazioni tecnologiche, anche sulla base di eventuali segnalazioni da parte delle Regioni e Province autonome".

La presenza di alcuni errori materiali rilevati negli allegati al DM 22.7.1996 ha dato luogo al DM 10.2.1997, e successivamente, il decreto ministeriale del 13 maggio 1997, ha modificato l'elenco approvato con DM 22 luglio 1996 nelle parti riguardanti le voci relative alla «biopsia della portio» ed alla «coloscopia». Nessuna ulteriore modifica è stata realizzata a livello centrale.

In data 1.4.1997, il Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della Sanità trasmette alle Regioni la nota avente ad oggetto "Prime indicazioni per l'applicazione del DM 22.7.1996", con lo scopo di "agevolare l'applicazione iniziale a livello locale" del DM 22.7.1996. La nota, dopo una specificazione del quadro normativo di riferimento (primo capitolo), "descrive il contenuto di ciascuno dei quattro allegati al decreto, illustrando le principali caratteristiche del sistema di classificazione delle prestazioni adottato e fornendo una serie di chiarimenti utili ai fini della corretta interpretazione e applicazione delle prestazioni e delle relative tariffe" (capitolo secondo). Nei capitoli successivi:

1. sono fornite indicazioni a riguardo della possibilità di modulazione delle tariffe a livello regionale;
2. si chiarisce l'ambito di applicazione del provvedimento con particolare riferimento alla definizione dei limiti rispetto alle prestazioni di assistenza ospedaliera (capitolo terzo);
3. si identifica il sistema dei controlli che deve essere attivato (capitolo quarto);
4. si dà conto degli aggiornamenti al decreto in via di formulazione (capitolo quinto).

Dopo la pubblicazione del decreto in questione, le Regioni e Province autonome hanno manifestato atteggiamenti molto diversificati rispetto alle possibilità che il decreto offriva loro. Alcune si sono limitate alla adozione del decreto senza alcuna modifica, né sul versante delle prestazioni, né su quello delle tariffe, altre, viceversa, sono intervenute su tutte le possibilità che le previsioni del decreto offrivano (inserimento di nuove prestazioni, accorpamento di prestazioni, modifica nelle condizioni di erogabilità, variazione delle tariffe), in alcuni casi, andando oltre le indicazioni tecniche suggerite.

Tali interventi si sono poi accresciuti a partire dall'emanazione del DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza ed, allo stato delle cose, la situazione complessiva può considerarsi caratterizzata dai seguenti macro-elementi.

- Ogni Regione dispone di un proprio nomenclatore, che può variamente discostarsi da quello nazionale per più aspetti: a volte, le differenze appaiono poco rilevanti (qualche prestazione o qualche tariffa), ma spesso le differenze possono essere consistenti (ad esempio, inserimento di nuove prestazioni ed eliminazione di prestazioni ritenute obsolete, identificazione di nuove branche, modifica delle tariffe nazionali, adozione di nuove codifiche per le prestazioni inserite, talvolta, anche per le prestazioni confermate, nuove o diverse regole di compartecipazione, nuove o differenti indicazioni cliniche).
- In alcuni casi, il nomenclatore non rappresenta solo l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ma è diventato un veicolo attraverso il quale le Regioni e Province autonome hanno esercitato a tutto campo la propria capacità regolatoria e gestionale in materia di specialistica ambulatoriale e in



materie che per certi aspetti possono risultare affini (ad esempio, prestazioni territoriali, prestazioni residenziali). Un rilevante contributo per tale utilizzazione del nomenclatore è certamente da attribuire alle attività dei sistemi informativi, che, nel tempo, hanno registrato attività sanitarie diverse, non sempre riconducibili alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

- Sulla scorta di quanto individuato in una recente rilevazione effettuata dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR: si veda oltre), le differenze dei vari nomenclatori locali sono riconducibili ai seguenti fattori: le normative regionali di riferimento (anche per quanto riguarda la modalità di compartecipazione del cittadino alla spesa: ticket), l’inserimento di nuove prestazioni e l’eliminazione di prestazioni obsolete, la modifica di prestazioni esistenti, l’accorpamento di prestazioni esistenti, l’accorpamento di nuove prestazioni, le modifiche tariffarie, le modifiche alle note di prestazioni esistenti, le condizioni di erogabilità per prestazioni esistenti, le modifiche all’allegato 2 del DM 22.7.1996 (cioè le indicazioni clinico-diagnostiche per la erogabilità), le indicazioni per l’erogazione di prestazioni esistenti (con particolare riferimento, ad esempio, al numero di prestazioni prescrivibili per ciclo), il sistema di codifica per le nuove prestazioni (ma anche per le vecchie), l’inserimento di nuove branche specialistiche. Inoltre, alcune Regioni hanno individuato specifici percorsi diagnostico-terapeutici, percorsi che hanno suggerito in alcuni casi l’abbandono della logica della singola prestazione (caratteristica della impostazione del nomenclatore) e l’introduzione dell’idea di gruppi coordinati di prestazioni da erogarsi insieme sotto forma di pacchetti o di percorsi.

Gli argomenti utilizzati dalle Regioni per i loro interventi sono molteplici, non sempre, tuttavia, appaiono espliciti. A titolo di esempio, alcuni interventi sembrano rispondere ad esigenze informative o di rilevazione statistico-epidemiologica, altri, ad esigenze di controllo della spesa; a volte gli interventi sembrano dettati dalla necessità di risolvere problemi interpretativi o di correggere una remunerazione ritenuta inadeguata; altri interventi, infine, appaiono dettati dalle fisiologiche esigenze di manutenzione di un nomenclatore siffatto (introduzione di nuove prestazioni, eliminazione di prestazioni obsolete, adeguamento delle tariffe, ecc.).

Non bisogna dimenticare che in questi anni la tecnologia si è notevolmente sviluppata, soprattutto in alcune aree (è il caso, ad esempio, della diagnostica per immagini), nuove prestazioni sono state messe sul mercato ed altre sono state invece abbandonate; inoltre prestazioni (invasive e semi-invasive) che, in precedenza, potevano essere erogate solo in regime di ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, oggi possono ricadere negli ambiti di interesse delle prestazioni ambulatoriali sia perché il consolidamento delle procedure di esecuzione ammette condizioni di erogabilità molto meno stringenti, sia perché si è osservato un generale innalzamento degli standard di sicurezza delle procedure.



2 Il DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza

Nel percorso che, seppur brevemente, abbiamo delineato uno snodo fondamentale è costituito dalla emanazione del DPCM 29.11.2001 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”. In tale decreto si afferma che *“Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:*

... ..

2. Assistenza distrettuale

... ..

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative

- diagnostica strumentale e di laboratorio”

Inoltre, e con riferimento alle sole tematiche di interesse per il presente documento, il DPCM aggiunge che *“Nell’ambito delle tre macroaree precedenti, è inclusa l’assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari:*

... ..

Soggetti affetti da malattie rare: prestazioni di assistenza sanitaria finalizzate alla diagnosi, al trattamento ed al monitoraggio della malattia ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti

... ..

Soggetti affetti da Morbo di Hansen: fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici”

Il DPCM conduce poi una ricognizione della normativa nazionale vigente con l’indicazione delle prestazioni erogabili, e ricorda che per il livello “Assistenza specialistica ambulatoriale” le prestazioni da considerare sono le *“Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale”*.

Liste di prestazioni sono contenute nel DM 22.7.1996 (elenco delle prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dal Ssn); nei DDMM 28.5.1999 n. 329 e 18.5.2001 n. 279 (prestazioni in esenzione per gli affetti da malattie croniche e rare), nel DM 10.9.1998 (prestazioni specialistiche a tutela della maternità escluse da partecipazione al costo), e nella Legge 23.12.2000 n. 388 (prestazioni di diagnosi precoce dei tumori escluse dalla partecipazione al costo).

Per quanto riguarda invece le modalità organizzative e standard, vengono nominati il DM 22.7.1996 e la nota 1.4.1997 (“Prime indicazioni per l’applicazione del dm 22.7.1996”) che indicano i requisiti dei servizi abilitati a fornire alcune prestazioni, la Legge 25.1.1990 e il DM 20.10.1998 che forniscono indicazioni sulle modalità prescrittive e la compartecipazione del cittadino alla spesa, ed il DM 18.5.2001 n. 279 che indica i criteri per l’istituzione della rete nazionale per le malattie rare.

Successivamente il DPCM 29.11.2001 identifica le prestazioni totalmente escluse dai LEA (Allegato 2A) nonché le prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (Allegato 2B):

Allegato 2A: Prestazioni totalmente escluse dai LEA:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;



- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche -fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia, nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.);
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B.

Allegato 2B: Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

- a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f);
- d) chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Ancora (Allegato 3, punto b)), il DPCM, ritenendo che *“La elencazione, nel nomenclatore tariffario, delle prestazioni erogabili, ..., e la specificazione delle condizioni di erogabilità non risolve a priori tutte le problematiche di un utilizzo appropriato di tali prestazioni”*, indica che *“in questo settore vanno realizzati coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza, nonché di qualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali. In particolare: va sviluppata la definizione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale; vanno rilanciati i programmi di aggiornamento e formazione; va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda; va sviluppato il sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza”*.

Infine (Allegato 4) il DPCM fornisce *“Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di LEA”* dove, tra altro, si mette l'accento soprattutto sulla *“necessità che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, alle opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità, per assicurare un più pieno rispetto del principio dell'appropriatezza, considerando i criteri più volte ricordati nel presente documento di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale”*.

Come si è accennato in precedenza, la emanazione del DPCM 29.11.2001 ha stimolato una notevole attività da parte delle singole Regioni e Province autonome, le quali hanno utilizzato nelle maniere più diversificate i gradi di libertà che il decreto offriva alla autonomia di intervento locale. Non è obiettivo



di questo documento entrare nel merito delle attività svolte singolarmente dalle Regioni e Province autonome: qui è sufficiente osservare che la grande maggioranza delle attività contenute negli allegati 2A (prestazioni totalmente escluse dai LEA) e 2B (prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche) è diventata oggetto di intervento secondo le modalità che le autorità locali hanno ritenuto di adottare.

Da ultimo è da segnalare il DPCM 28.11.2003 che apporta modifiche al DPCM 29 novembre 2001, in materia di certificazioni.



3 Il contributo del progetto Mattone “Classificazione delle prestazioni ambulatoriali”

E’ in questo contesto che si innesta il mandato del Mattone denominato “Classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”, progetto motivato primariamente e sostanzialmente a partire dal ridisegno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ma che sarebbe tuttavia riduttivo limitare al solo significato di un miglioramento, peraltro atteso e necessario delle esigenze informative centrali, regionali e locali.

3.1 Obiettivi specifici

Quattro sono gli obiettivi specifici previsti nel piano di progetto, di seguito riportati.

- Revisione dell’elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSN ed elaborazione della proposta di un nuovo nomenclatore.
Questo obiettivo prevede la formulazione di una proposta di revisione delle prestazioni, con lo scopo di eliminare dall’elenco quelle ritenute obsolete o comunque non più erogabili in regime ambulatoriale; di introdurre prestazioni nuove o non previste dal DM del 22.7.96 e rese disponibili dall’evoluzione delle tecnologie; di modificare le definizioni, proprietà, attributi, condizioni di erogabilità, etc., delle prestazioni presenti e confermate; di tenere conto di nuovi contesti organizzativi (ridefinizione di day-hospital, day-surgery, chirurgia ambulatoriale, ...), in particolare per quanto riguarda la possibilità di erogare in questo specifico contesto prestazioni fino ad oggi erogabili in regime di ricovero.
- Definizione di un tracciato record minimo per la rilevazione delle informazioni.

Oggi solo alcune Regioni rilevano sistematicamente le informazioni relative alle prestazioni ambulatoriali erogate, seguendo metodologie di raccolta e aggregazione dei dati, costruzione di flussi informativi e informazioni di dettaglio che si caratterizzano in maniera molto diversificata e disomogenea. Tali modalità sono sicuramente significative per la programmazione locale e regionale, ma risultano spesso inadeguate per le esigenze del governo centrale e per la valutazione della adesione dei Servizi Sanitari Regionali ai livelli essenziali di assistenza.

Questo obiettivo prevede quindi la definizione di un insieme minimo di informazioni da raccogliere omogeneamente, attraverso flussi informativi concordati ed automatizzati, su tutto il territorio nazionale, così che, da una parte possano essere raggiunti gli obiettivi informativi e di governo previsti dal NSIS, e dall’altra tale insieme minimo possa costituire un punto di riferimento per le Regioni per implementare (o modificare, qualora già presente) il proprio sistema di rilevazione.

- Identificazione di una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni.



A prescindere dalle modalità, invero molto differenti, che le Regioni hanno adottato per remunerare gli erogatori di prestazioni del proprio territorio, è innegabile l'utilità (o addirittura la necessità) di caratterizzare dal punto di vista economico le singole prestazioni. La legge finanziaria per l'anno 2005 (legge 311 del 30.12.2004, comma 170) ha attribuito agli organi centrali (Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome) il compito di produrre le nuove tariffe massime anche per le prestazioni ambulatoriali ed in questo contesto l'obiettivo del Mattone è quello di suggerire un percorso metodologico utile per la definizione delle tariffe, a partire dall'esame delle metodologie esistenti, dei percorsi adottati dalle Regioni, e cercando di riassumere quelle che possono essere considerate le "best practices" riscontrate.

- Individuazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione per il nuovo elenco.

La predisposizione del nomenclatore del 1996 non è stata corredata dalla individuazione di una modalità specifica (percorsi, meccanismi, regole di codifica delle prestazioni, ...) utile per la manutenzione del nomenclatore stesso: questa assenza è certamente all'origine di alcune delle incoerenze che caratterizzano la attuale situazione.

Obiettivo del Mattone è conseguentemente quello di suggerire un percorso e dei meccanismi di manutenzione che, pur rispettando le procedure di modifica dei LEA previste dalla legge e le prerogative di intervento delle amministrazioni regionali, garantiscano un sufficiente grado di flessibile e continuo aggiornamento.

Coerentemente con i quattro obiettivi di dettaglio che abbiamo presentato sono definiti quattro prodotti principali come risultato atteso del Mattone, che sono appunto: il nuovo elenco di prestazioni, il data set minimo ed il flusso informativo, una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni, ed un percorso di manutenzione del nomenclatore.

Il vero obiettivo del Mattone, però, e che può diventare anche un metro per valutare il successo dell'intera iniziativa, risiede nella sua capacità di creare attenzione e sensibilità costante sul tema della prescrizione e della erogazione di prestazioni ambulatoriali. Gli obiettivi ed i prodotti individuati hanno senso, ed avranno successo, nella misura in cui riusciranno a creare stimolo, interesse, sensibilità, attenzione, verso questa area di prestazioni sanitarie, la cui rilevanza è evidente (e non solo dal punto di vista economico in quanto assorbe circa il 13% delle risorse assegnate dallo Stato all'intero comparto sanitario) ma la cui capacità informativa è ancora troppo distante anche dalle esigenze che possiamo considerare più elementari.

3.2 *La metodologia operativa*

Per ognuno degli obiettivi elencati è stata identificata, seppure a grandi linee, la metodologia da seguire per il raggiungimento dei risultati previsti, ed in particolare dei prodotti stabiliti. Per i primi due obiettivi (nuovo nomenclatore, flusso informativo) il percorso metodologico è più articolato ed



è stato precisato già nel piano di progetto, mentre per gli ultimi due (metodologia per la valorizzazione economica, regole di manutenzione) tale percorso è stato solo abbozzato e merita di essere ulteriormente dettagliato.

Per quanto riguarda la predisposizione del nuovo nomenclatore la metodologia operativa ha previsto diversi passaggi, tra i quali:

- una raccolta ed analisi dei nomenclatori regionali in vigore, con la identificazione di tutte le modifiche introdotte rispetto al nomenclatore nazionale del 1996, frutto del lavoro di un progetto di ricerca corrente della ASSR (si veda oltre);
- un coinvolgimento delle società scientifiche nazionali, prevalentemente attraverso la FISM (Federazione Italiana delle Società Medico-scientifiche), al fine di sollecitare proposte di revisione del nomenclatore identificando, attraverso uno schema per la raccolta delle informazioni predefinito ed omogeneo, le prestazioni necessarie per l'aggiornamento dell'elenco; ogni modifica doveva essere supportata da elementi oggettivi successivamente soggetti a valutazione. Circa 50 società scientifiche hanno aderito a tale richiesta, fornendo complessivamente più di mille contributi per la revisione dell'elenco;
- la definizione della struttura del nuovo elenco con riferimento, ad esempio, ai suoi scopi, alla tipologia della classificazione, alla individuazione del livello di dettaglio per la caratterizzazione delle prestazioni, alla specificazione di note, attributi, condizioni di erogabilità, etc.

In questo percorso metodologico, come già anticipato, è risultato di particolare rilevanza e significato il contributo proveniente dal progetto di ricerca corrente della ASSR riguardante “La ricerca e l'analisi sul contenuto del livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale”. Il progetto di ricerca ha confrontato i nomenclatori regionali (con riferimento alle branche specialistiche, alla inclusione-esclusione di prestazioni, alle indicazioni per l'erogazione, ai pacchetti di prestazioni, alle tariffe), le metodologie adottate nelle diverse realtà regionali per la definizione dei nomenclatori, nonché lo stato dell'arte dei sistemi informativi in uso nelle singole realtà regionali e locali. I risultati del progetto di ricerca, ed in particolare l'elenco completo delle prestazioni risultante dalla collazione dei differenti nomenclatori regionali, sono stati messi a disposizione del Mattone.

Analogo percorso è stato adottato con riferimento al flusso informativo, in particolare per quanto riguarda la ricognizione dello stato dell'arte nelle singole Regioni, nonché le indicazioni provenienti dal NSIS (per quanto riguarda la sperimentazione della raccolta di un nucleo minimo di informazioni) e dall'art. 50 della Legge 24.11.2003, n° 326 (recante “Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie”).

Si è inoltre resa necessaria l'acquisizione di tutti i documenti disponibili e di tutti i risultati (definitivi o in itinere) provenienti da molti gruppi di lavoro attivi su tematiche specifiche: la commissione di manutenzione dei Livelli Essenziali di Assistenza, il gruppo di lavoro sulle malattie rare, i documenti licenziati dal Consiglio Superiore di Sanità sulla chirurgia ambulatoriale e la *Day Surgery* (con gli elenchi di prestazioni che possono essere erogate in tali contesti), e così via.



Si è tenuto conto, infine, del lavoro degli altri Mattoni, ed in particolare delle aree a potenziale sovrapposizione con il Mattone ambulatoriale: la prevenzione, per il tema degli screening organizzati; i DRG, per le prestazioni ospedaliere che potrebbero essere erogate in contesto ambulatoriale; il patient file, per le informazioni da raccogliere ed i relativi flussi informativi; il pronto soccorso, per le prestazioni erogate in quel contesto; la appropriatezza, per una adeguata definizione dei contesti erogativi (ospedale, ambulatorio) per alcune tipologie di prestazione; e così via.

Cuore di tutte le attività indicate è stato il Gruppo di Lavoro Ristretto del Mattone (GdLR), cui hanno partecipato rappresentanti delle Regioni Lombardia, Molise, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia, Toscana, Veneto, la Provincia Autonoma di Bolzano, la ASSR, ed il Ministero della Salute. Il Gruppo di Lavoro Ristretto si è ritrovato con notevole frequenza (oltre 50 riunioni collegiali) ed ha potuto fare ricorso continuamente anche all'aiuto di esperti di settore messi a disposizione dalle Regioni e dalle istituzioni partecipanti al tavolo. Per favorire i lavori di gruppo e rendere più proficua ed efficiente la discussione ci si è organizzati chiedendo ai componenti di prendersi carico ciascuno di un insieme organico di prestazioni (in genere una intera branca) con il compito di predisporre una proposta preliminare di nomenclatore, proposta che poi è stata discussa in riunioni ristrette ed allargate con l'ausilio di esperti delle varie discipline. Ulteriori contatti con rappresentanti di alcune società scientifiche hanno poi permesso di risolvere piccole criticità residuali riferite a particolari prestazioni.

Contemporaneamente alla discussione sulle singole prestazioni il ci si è dedicati alla definizione delle caratteristiche generali della struttura del nuovo elenco, raggiungendo le conclusioni che sono indicate nel seguito.



4 Il nuovo nomenclatore delle prestazioni di “assistenza specialistica ambulatoriale”

Come noto, il DPCM 29.11.2001 non presenta un elenco dettagliato delle prestazioni che ricadono nel livello essenziale di assistenza richiamato limitandosi a rinviare al DM 22.7.1996; pertanto sarà compito del nuovo nomenclatore identificare univocamente le singole prestazioni afferenti a tale livello.

Fatti salvi naturalmente gli ulteriori passaggi istituzionali necessari alla successiva approvazione (con eventuali modifiche), la proposta di nomenclatore si presenta come l’elenco nominativo di tutte e sole le prestazioni erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale per il livello essenziale specifico; ne consegue che le prestazioni non presenti nell’elenco non potranno essere erogate nel contesto dei livelli essenziali di assistenza garantiti su tutto il territorio nazionale a meno di ulteriori modifiche da parte delle Regioni e Province autonome. Qualora tali modifiche dovessero plausibilmente costituire un allargamento dei livelli di garanzia, queste dovranno essere inquadrate all’interno dei livelli di assistenza cosiddetti “ulteriori”, per i quali le Regioni dovranno provvedere alla copertura con risorse proprie. Alcune indicazioni di merito saranno fornite in un apposito paragrafo.

4.1 Cosa è “assistenza specialistica ambulatoriale”

Le fonti normative che hanno preceduto il DPCM 29.11.2001, e che nello stesso sono richiamate, non forniscono una definizione esplicita di cosa si debba intendere per assistenza specialistica ambulatoriale, definizione dalla quale si possa poi dedurre (direttamente ed indirettamente) un elenco di prestazioni riferibili a tale livello di assistenza. Al contrario, viene definito un elenco di prestazioni (ad esempio con il DM 22.7.1996) e si fa coincidere l’erogabilità di tali prestazioni con il livello di assistenza. In questo modo, non essendo definite le proprietà del livello (assistenza specialistica ambulatoriale) ma solo il suo contenuto di dettaglio (le prestazioni elencate nel nomenclatore) ogni modifica (anche minore) dell’elenco costringe concettualmente a ridefinire il livello di assistenza.

Questa filosofia trova conferma nel DPCM 29.11.2001 nel quale si indica che il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle “*Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale*”.

Obiettivo del lavoro è stato proprio quello di specificare il contenuto del livello di assistenza specialistica ambulatoriale attraverso il seguente percorso.

a. Valutazione. Sono state valutate:

- le prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore deliberato con il DM 22.7.1996;
- le prestazioni introdotte nei nomenclatori regionali esaminati;
- le prestazioni proposte dalle società scientifiche interpellate e per le quali è stata formulata una apposita scheda;



- le proposte di inserimento, modifica ed eliminazione di prestazioni, pervenute dal 1997 ad oggi al Ministero della salute, da parte di più soggetti, enti ed associazioni,
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale segnalate dalle commissioni e dai gruppi di lavoro istituiti presso il Ministero della Salute con riferimento, ad esempio: alla diagnosi, trattamento, e monitoraggio delle malattie rare nonché alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti; alla day surgery ed alla chirurgia ambulatoriale; alla chirurgia oculistica; alla odontoiatria;
- le prestazioni fino ad oggi erogabili solo nel contesto della assistenza ospedaliera ma che possono ora essere erogate anche in un contesto di assistenza ambulatoriale, anche se, di tale contesto, non sono ancora stati definiti in maniera esaustiva i requisiti.

b. Esclusione. Successivamente, si è proceduto alla esclusione di:

- le prestazioni presenti nel nomenclatore deliberato con il DM 22.7.1996 e dichiarate dagli esperti interpellati obsolete, tecnicamente superate, sostituite da altre più idonee (in termini di efficienza, di efficacia, di qualità, ...);
- le prestazioni che il DPCM 29.11.2001 ha dichiarato totalmente escluse dai LEA, e nella fattispecie le prestazioni contenute nell'allegato 2A (ad eccezione di laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, che, essendo includibili per disposizione regionale nell'allegato 2B, in via di principio non sono totalmente escluse dai LEA);
- le prestazioni che, per quanto presenti nel DM 22.7.1996 o nei nomenclatori regionali, sono chiaramente riconducibili ad altri livelli essenziali di assistenza, ed in particolare:
 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con specifico riferimento alla profilassi delle malattie infettive e parassitarie ed alle attività di prevenzione rivolte alla persona (programmi di diagnosi precoce)
 - Assistenza distrettuale, con specifico riferimento alla assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare nonché alla assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
 - Assistenza ospedaliera, con specifico riferimento alle prestazioni terapeutiche e riabilitative nonché alle attività di diagnostica strumentale e di laboratorio condotte durante un episodio di ricovero, ed alle attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti.

Si è condiviso che le prestazioni presenti nel nomenclatore, quando erogate nel contesto dei tre citati livelli di assistenza non debbano far parte del livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale. Pertanto, si ritiene che prestazioni afferenti ad altri livelli assistenziali dovranno trovare collocazione altrove (ad esempio in altri nomenclatori) e che la stessa prestazione può comparire con le medesime caratteristiche anche in più di un nomenclatore. A volte però, la prestazione solo in apparenza può risultare analoga. Si pensi, ad esempio, al caso delle attività di prevenzione del tumore della mammella, dove è necessario distinguere la situazione in cui una assistita accede individualmente e volontariamente ad una prestazione di mammografia ed un'altra assistita accede alla stessa prestazione perché inserita in un programma organizzato di screening: si tratta, evidentemente, della stessa prestazione, ma in realtà nel primo caso si ha a che fare con una semplice prestazione che può essere ricondotta al livello di assistenza specialistica ambulatoriale, mentre nel secondo caso si tratta di una prestazione molto più complessa soprattutto perché prevede un insieme di attività organizzative associate alla conduzione dello screening e pertanto la prestazione deve essere ricondotta al livello essenziale della assistenza collettiva.



- c. Coerenza. Il Mattone ha inteso superare la disomogeneità delle logiche che hanno motivato le modifiche regionali rilevate in fase di ricognizione. Di seguito ci si è attenuti ad una valutazione di coerenza complessiva, nell'elaborazione della proposta, che confermasse nelle scelte adottate il rispetto della preliminare definizione del livello essenziale di assistenza specialistica erogabile in regime ambulatoriale.
- d. Luogo di erogazione. Si è convenuto che non è strettamente importante il luogo fisico nel quale avviene la erogazione della prestazione (un ambulatorio ovvero, ad esempio, la casa del paziente) ma che la stessa sia riconducibile al livello "assistenza specialistica ambulatoriale". Esempari, in proposito, possono essere l'attività ambulatoriale "rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza" oppure l'attività ambulatoriale svolta in strutture residenziali e semiresidenziali e "rivolta alle persone con problemi psichiatrici": pur essendo l'ambulatorio il luogo di erogazione di tali attività ed essendo le attività stesse elencate nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, si tratta di attività non ascrivibili a questo livello bensì, le prime, ricomprese nel livello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" e le seconde, nel livello "assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale". Viceversa, una prestazione ambulatoriale (ad esempio, una visita, un esame cardiologico, ...) che per particolari condizioni di esecuzione viene svolta al di fuori dell'ambulatorio (a casa di un assistito impossibilitato a raggiungere l'ambulatorio) può rientrare nel livello "assistenza specialistica ambulatoriale" anziché nel livello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare".
- e. Prescrivibilità. Si è ritenuto che fosse rilevante il concetto di prescrivibilità della singola prestazione o del gruppo di prestazioni, vale a dire che le prestazioni del livello "assistenza specialistica ambulatoriale" devono potere essere singolarmente prescritte sui ricettari del SSN (e conseguentemente valorizzate economicamente attraverso una tariffa) e non corrispondere, invece, ad una complessiva presa in carico del paziente che può tuttavia, tra altre attività, usufruire anche di prestazioni erogate in regime ambulatoriale. Ad esempio, si ritiene che, se esiste attività di presa in carico dell'assistito, circostanza nella quale le prestazioni (di qualsiasi branca specialistica) fanno parte di un percorso a priori non completamente definito, di durata non predeterminata, difficilmente rappresentabili in termini di specifica prescrizione, con caratteristiche anche di multidisciplinarietà, vengono a mancare i requisiti che identificano l'appartenenza al livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale, e pertanto tali prestazioni dovranno afferire alla assistenza territoriale. Viceversa, le prestazioni ambulatoriali di psichiatria per le quali l'assistenza si esaurisce in una o più di una prestazione definita a priori, di durata predeterminata, prescrivibile su ricettario, rientrerebbero nell'ambito della assistenza specialistica ambulatoriale.
- f. Le prestazioni dei professionisti non medici. Le prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore nazionale e nei nomenclatori regionali sono quasi esclusivamente riconducibili alle attività svolte dal medico (direttamente o sotto la sua responsabilità), ma le attività sanitarie che possono essere comprese nella assistenza specialistica ambulatoriale possono includere anche prestazioni svolte da altri professionisti come infermieri, ostetriche, dietisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, etc. Si è condiviso che le prestazioni svolte da tali professionisti in conformità alle caratteristiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale debbano essere considerate appartenenti a tutti gli effetti al livello stesso. Per dare seguito a questa indicazione occorre affrontare tre tipologie di problemi: la identificazione esplicita delle prestazioni da includere, per le



quali occorrerà tenere conto di quanto stabilito dagli albi delle relative professioni; la indicazione del soggetto che effettua la prescrizione nonché le modalità prescrittive (quali ricettari, quali regole di compilazione della prescrizione); la previsione di tali prestazioni all'interno di un unico nomenclatore ovvero la predisposizione di nomenclatori specifici.

- g. Pronto Soccorso. Un ragionamento a sé meritano le prestazioni erogate in Pronto Soccorso. A prescindere dal ruolo organizzativo specifico che alcune Regioni possono aver affidato a tale struttura ospedaliera, in particolare quando essa rappresenta il punto di accesso anche alle attività ambulatoriali non in emergenza-urgenza, ci si è interrogati su quale sia il livello essenziale cui debbano essere ricondotte le prestazioni ivi erogate. Ritenuto che le prestazioni ambulatoriali seguite immediatamente da un episodio di ricovero e che le prestazioni ambulatoriali che rivestono carattere di urgenza a prescindere dall'esito o meno in ricovero siano da attribuire al livello di assistenza ospedaliera, si è esaminato il problema delle prestazioni non urgenti (la cui condizione è generalmente codificata con un codice bianco) e si è ritenuto che esse debbano parimenti ricadere nell'ambito dell'assistenza ospedaliera alla luce del fatto che non sono né programmate, né prescritte.

Volendo tentare schematicamente una sintesi, si potrebbe indicare che sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale quelle che:

- ✓ sono erogate per finalità di assistenza specialistica ambulatoriale;
- ✓ sono prestazioni non esplicitamente riconducibili ad altri livelli di assistenza;
- ✓ sono prescrivibili, di norma, su apposito ricettario del SSN (fatte salve le previsioni di accesso diretto);
- ✓ sono programmabili in termini di accesso;
- ✓ sono individualmente identificate e tariffate;
- ✓ presentano caratteristiche e durata definite e predeterminabili.

Con tali precisazioni, si ritiene opportuno che la definizione di livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale così come definito nel DPCM 29.11.2001 (le “*Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale*”) possa costituire un elemento sufficiente per identificare le prestazioni che possono fare parte di tale livello di assistenza.

L'individuazione delle prestazioni e delle condizioni di erogabilità si è realizzata sulla base dei seguenti principi generali:

- le prestazioni elencate nel nomenclatore devono rispondere a effettive necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale;
- la presenza di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi e diagnostici, resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, lo sviluppo di nuove metodiche di esecuzione di alcune prestazioni già individuate nel nomenclatore, a seguito della disponibilità di nuove attrezzature, nuove procedure o nuove sostanze, devono essere supportate da informazioni che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, per specifiche condizioni cliniche o di rischio;
- le prestazioni elencate nel nomenclatore devono rispondere a criteri di appropriatezza anche nell'uso delle risorse, rispetto ad altre forme di assistenza o di diverse modalità di erogazione dell'assistenza. Per lo stesso motivo, occorre evitare il frazionamento delle prestazioni al solo, o prevalente, scopo di realizzare un maggiore vantaggio economico nella erogazione;



- l’inserimento di nuove prestazioni non può rispondere solo (o prevalentemente) all’esigenza di una migliore rappresentazione delle attività ambulatoriali tecnologicamente disponibili su tutto il territorio nazionale ma partecipa alla definizione di livello essenziale di assistenza: pertanto, alla loro introduzione nel nomenclatore deve corrispondere una reale capacità di offerta erogativa diffusa su tutto il territorio nazionale.

4.2 *Il ruolo del nomenclatore delle prestazioni*

Si è cercato, a questo punto, di caratterizzare le differenti finalità per le quali può essere predisposto un nomenclatore, perché è evidente che la sua architettura generale dipenderà dalle funzioni che ad esso saranno attribuite.

Tali funzioni possono così riassumersi:

- strumento per la prescrizione (e successiva prenotazione delle prestazioni): in questo caso il nomenclatore deve possedere caratteristiche di analiticità e specificità tali da permettere al prescrittore di indicare con il massimo dettaglio la prestazione richiesta. Seguendo questa impostazione, il nomenclatore manifesterà un elevato livello analitico, caratteristica ulteriormente amplificata se insieme alla prescrizione della prestazione si consideri anche la possibilità della sua prenotazione, soprattutto in quelle situazioni in cui sono disponibili metodi e strumenti di prenotazione automatica e centralizzata (Centri Unici di Prenotazione, agende elettroniche, ...);
- strumento organizzativo-logistico per l’erogatore di prestazioni: in questo contesto il nomenclatore assume sostanzialmente la funzione di catalogo esaustivo delle prestazioni disponibili e/o prenotabili, e deve essere costruito in modo tale da rispondere a tutte le possibili modalità con cui una prestazione può essere prescritta (è il caso, ad esempio, dell’uso di sinonimi);
- strumento per alimentare le esigenze informative del SSN: esigenze nazionali ed esigenze locali; esigenze di carattere epidemiologico, di carattere gestionale, di carattere economico, etc. Ognuna di tali esigenze pone problemi informativi differenti e può dare alla architettura del nomenclatore strutture e caratteristiche peculiari;
- strumento per riconoscere alle attività erogate una valorizzazione economica (tariffa): in questo caso il nomenclatore svolge la funzione di regolatore degli scambi economici tra i soggetti erogatori (pubblici e privati) di prestazioni ed i soggetti acquirenti di prestazioni per conto dei cittadini (Aziende sanitarie locali). Tale regolazione di scambi può riguardare sia il livello infra regionale che il livello inter regionale (mobilità sanitaria). Secondo le norme attualmente in vigore un nomenclatore tariffario diventa anche lo strumento fondamentale per costruire regole di eventuale compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (ticket). In un nomenclatore che assolve alla funzione principale di regolazione economica degli scambi, l’attenzione si concentra sul costo di produzione delle prestazioni e, dunque, sulla tariffa che può essere applicata. A parità di tariffa, ad esempio, si riduce la necessità di specificare sia il contenuto della prestazione effettivamente erogata (quale visita specialistica, quale farmaco iniettato, quale distretto corporeo indagato), sia la metodica di esecuzione.

Appare utile riflettere anche sulla opportunità che il nomenclatore debba individuare a chi spetta il compito di eseguire le prestazioni che vengono riportate. In proposito, si è ritenuto conveniente che il nomenclatore si debba limitare a stabilire quali siano le attività da svolgere per rispettare il livello



essenziale di assistenza, demandando ad altri atti il compito di stabilire il soggetto che può svolgere tali attività (e, conseguentemente, gli eventuali requisiti che tale soggetto debba possedere). A titolo di esempio si citano gli interventi invasivi e semi-invasivi che fino ad oggi potevano essere erogati solo in ambito ospedaliero e la cui eventuale introduzione nel nomenclatore apre il tema dei requisiti che deve possedere l'erogatore di tali prestazioni: compito del nomenclatore sarà indicare in elenco le prestazioni erogabili nel contesto ambulatoriale ma altri soggetti dovranno definire i requisiti degli erogatori.

Infine, è stato costantemente tenuto sotto osservazione il rapporto tra il nomenclatore nazionale proposto e le eventuali variazioni introdotte dai nomenclatori regionali. Appare prioritaria l'esigenza di garantire con omogeneità tale livello su tutto il territorio nazionale, ma il lavoro prodotto non esclude la possibilità di interventi da parte delle amministrazioni regionali.

4.3 *La struttura del nuovo nomenclatore*

Dal punto di vista della struttura del nomenclatore si è ritenuto opportuno adottare una strutturazione non dissimile dalla impostazione adottata con il DM 22.7.1996. In particolare si è ritenuto di utilizzare lo schema di classificazione delle prestazioni riconducibile alla Classificazione Internazionale delle Malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche: nello specifico si è fatto ricorso alla versione italiana della ICD-9-CM (International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification) nella edizione del 2002, che è anche la versione della classificazione utilizzata per la registrazione delle attività di ricovero.

Come noto, tale classificazione non è stata predisposta specificamente per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pertanto (come già avvenuto con il DM 22.7.1996) è stato necessario introdurre alcune opportune variazioni per adeguare la struttura della classificazione alle esigenze del nuovo nomenclatore. Le variazioni di maggiore rilievo riguardano il maggiore dettaglio della struttura del codice alfanumerico utilizzato per identificare ogni singola prestazione (si consideri, ad esempio, il caso delle visite specialistiche per singola branca e/o disciplina) e la necessità di introdurre aree di codice completamente nuove per tenere conto di prestazioni del tutto o in larga parte assenti dalla classificazione originale (ad esempio, le attività di laboratorio).

Si è a conoscenza che a livello internazionale sono presenti molteplici proposte che classificano le prestazioni ambulatoriali con modalità completamente differenti rispetto all'utilizzo della classificazione ICD-9-CM, tuttavia, sia perchè i tempi necessari ad una completa valutazione delle proposte presenti sono poco compatibili con la tempistica assegnata al progetto Mattone, sia perchè tali classificazioni non hanno mostrato, allo stato delle conoscenze oggi disponibili, qualità che le facciano inequivocabilmente preferire alla classificazione ICD-9-CM, sia, infine, per la necessaria continuità con la struttura del nomenclatore attualmente in vigore che per la omogeneità con la classificazione delle prestazioni di ricovero, si ritiene che sia preferibile confermare la classificazione già adottata.

Per quanto possibile, poi, la scelta di dettaglio effettuata nella proposta di nomenclatore è stata quella di scoraggiare l'induzione di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori (esempio, moltiplicazione impropria delle prestazioni) ovvero, sul versante del paziente, di incorrere nella mancata erogazione di prestazioni essenziali.



La descrizione della prestazione, qualche volta, può dare luogo a fraintendimenti rispetto al suo contenuto: se ciò, in genere, non pone significativi problemi, vi sono specifiche situazioni in cui è stato necessario adottare degli opportuni accorgimenti. E' il caso, ad esempio, delle prestazioni che comprendono la somministrazione di farmaci o droghe, delle prestazioni che possono essere effettuate con metodiche sostanzialmente differenti (quanto ad impatto organizzativo, clinico, economico, ...), delle prestazioni che richiedono una combinazione di operazioni elementari (preparazione del materiale, aggiunta di reagenti, diverse tipologie di allestimento tecnico, ...), delle prestazioni che prevedono l'erogazione di ausili aggiuntivi (protesi, ...), e così via. In questi casi, la struttura del nomenclatore indica esplicitamente il contenuto della prestazione, segnalando le inclusioni ovvero esclusioni ritenute di rilievo. L'obiettivo complessivo è quello del raggiungimento di una omogeneità di comportamento, sia sul versante della prescrizione che su quello della erogazione, su tutto il territorio nazionale.

D'altra parte, sussistono ancora diverse situazioni in cui tra la descrizione e la realizzazione operativa della prestazione elencata permane uno spazio interpretativo ineliminabile: tale spazio può dare luogo ad atteggiamenti differenti che, da un lato, possono indurre una riduzione delle prestazioni da erogare e dall'altra, possono moltiplicarle in maniera non adeguata. Per questo motivo, la struttura prescelta ha cercato di contenere tali aree di incertezza riducendole all'imprescindibile responsabilità individuale del giudizio clinico-diagnostico-terapeutico (ad esempio, quanti campioni di tessuto è necessario prelevare per condurre un esame istocitopatologico dell'apparato digerente attraverso biopsia endoscopica); contemporaneamente, opportune note, indicazioni, brevi linee guida dovranno accompagnare la elaborazione definitiva del nomenclatore al fine di contenere atteggiamenti opportunistici non penalizzando, nel contempo, gli assistiti nel soddisfacimento del proprio bisogno.

Un discorso a parte è stato fatto per la struttura del codice; ritenendo ragionevole mantenere la struttura del codice del vigente nomenclatore anche nel nuovo, e ritenendo altresì di non modificare la codifica di quelle prestazioni che, già presenti nel nomenclatore in uso risultano presenti anche nel nuovo, la introduzione di nuove prestazioni soprattutto per quanto riguarda il laboratorio ed il dettaglio delle visite per disciplina rende impossibile mantenere la struttura del codice a 5 cifre numeriche. Si presentano pertanto due soluzioni alternative: la adozione di un codice a 6 cifre numeriche ovvero la adozione di un codice a 5 cifre alfanumeriche (numeri e lettere). La scelta è caduta sulla adozione di un codice a 5 cifre alfanumerico, ritenuta la soluzione che da una parte permette il raggiungimento degli obiettivi di codifica prefissati e dall'altra garantisce il minore impatto negativo sui sistemi informativi correnti. Tale scelta permette anche di non introdurre alcuna variazione nella impostazione del formato della attuale ricetta.

Una menzione particolare, come si è già osservato nel paragrafo nel quale si è cercato di definire cosa si debba intendere per assistenza specialistica ambulatoriale, merita il tema delle prestazioni ambulatoriali orientate alla diagnosi, trattamento, monitoraggio, nonché alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, di alcune patologie riconoscibili sotto la caratterizzazione di "malattie rare". In proposito si ritiene che tali prestazioni, per quanto poco frequenti in considerazione della limitata prevalenza di tali patologie ed inoltre frequentemente eseguite in strutture specificamente dedicate al trattamento delle stesse, siano da considerare a tutti gli effetti appartenenti al livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale. Ciò premesso, per la costruzione dell'elenco dettagliato delle



prestazioni da inserire nel nuovo nomenclatore si sono utilizzati anche i contributi ad oggi disponibili delle commissioni e degli esperti che stanno lavorando sul tema.

Analoga conclusione è stata adottata con riferimento ad alcune procedure chirurgiche in passato erogabili esclusivamente in ambito ospedaliero. Nel paragrafo introduttivo abbiamo segnalato che in questi anni la tecnologia non è rimasta ferma e che prestazioni che, in precedenza, potevano essere erogate solo in regime di ricovero oggi possono ricadere negli ambiti di interesse delle prestazioni ambulatoriali sia perché il consolidamento delle procedure di esecuzione ammette condizioni di erogabilità molto meno stringenti sia perché si osserva un innalzamento degli standard di sicurezza degli ambulatori. In proposito si segnala che, in aggiunta agli obiettivi previsti dal Mattone, è stato predisposto un contributo specifico sul tema del trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale, documento che è agli atti e che è stato proposto alla discussione con il tavolo del Mattone “DRG”. Gli esiti della discussione sono sintetizzati in un documento di merito prodotto dal Mattone DRG, e sono racchiusi nella proposta di un nuovo regime di erogazione delle prestazioni ambulatoriali denominato *Day-Service* ambulatoriale.

Particolare attenzione è stata dedicata al tema delle branche specialistiche ed alla classificazione di ciascuna prestazione all'interno di una o più di tali branche (allegato 3 del DM 22.7.1996). Come noto, l'argomento cruciale sotteso alla strutturazione in branche è costituito dalle regole di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria e dalle connesse regole di prescrivibilità (L. 25.01.1990, n.8, modificata dall'art.2 della L. 23.12.94, n.724). La permanenza di tali regole impone il mantenimento della suddivisione in branche, ma un eventuale superamento o anche la sola modifica di tali regole può portare addirittura al superamento del concetto di branca.

Connessa al problema della struttura del nomenclatore in branche è anche la tematica dell'accreditamento, in quanto alcune Regioni hanno adottato criteri e metodi di accreditamento delle strutture di erogazione e dei professionisti strettamente legati al concetto di branca, assoggettando, in tal modo, la erogabilità di alcune prestazioni a vincoli ulteriori non esplicitamente previsti dal decreto del 1996.

E' stato infine sottolineato che il superamento della attuale classificazione in branche consentirebbe di prevedere con maggiore snellezza dei pacchetti di prestazioni multi branca. A tale proposito, si ritiene che un ripensamento della suddivisione in branche avrebbe implicazioni di portata culturale ed economica meritevoli di essere valutate, ma che vanno oltre il mandato del progetto Mattone. In particolare il percorso di individuazione e validazione di strumenti di compartecipazione alternativi a quelli in vigore potrebbe risultare troppo oneroso (sia in termini di tempo che di risorse) a fronte della necessità di aggiornare in tempi ragionevoli il nomenclatore del 1996.

Pertanto la struttura del nuovo nomenclatore continuerà ad avere una caratterizzazione per branca specialistica. In proposito, si è ritenuto di confermare la scelta adottata dal nomenclatore in uso secondo la quale una prestazione può far parte di branche differenti.

Si è riflettuto anche attorno al tema dei pacchetti di prestazioni ed ai percorsi diagnostico-terapeutici cercando di individuare criteri generali di identificazione del pacchetto. Il concetto di pacchetto di prestazioni si deve configurare come un gruppo di prestazioni che rispetti la definizione di livello di assistenza ambulatoriale e non come una presa in carico di un paziente o un intervento coordinato



territoriale (screening, ADI, ...). In tale ottica il pacchetto di prestazioni non è altro che una prestazione aggiuntiva all'elenco, prescrivibile ed erogabile secondo le regole in vigore, con la sola differenza che è in sé costituita dall'insieme di più prestazioni.

Pacchetti di prestazioni non sono peraltro diffusi nei nomenclatori regionali e, quindi, gli esempi sono di fatto ancora limitati. Dal punto di vista concettuale, però, si può pensare che molte delle prestazioni chirurgiche invasive e semi-invasive che oggi vengono erogate in regime di ricovero e che domani potranno essere erogate anche in ambulatorio sono di fatto dei pacchetti di prestazioni di cui deve essere definita con dettaglio la composizione.

Prendendo spunto dai pacchetti di prestazioni che alcune Regioni hanno già inserito nei propri nomenclatori si può anche osservare che:

- l'erogazione di pacchetti di prestazioni ha evidenti ricadute in termini organizzativi (vincoli, modalità, prestazioni, ...) che potrebbero indurre elementi di criticità o resistenze rispetto ai gradi di libertà che la normativa assegna alle Regioni;
- la presenza di un pacchetto di prestazioni non esclude necessariamente dal nomenclatore la presenza delle singole prestazioni componenti. Tuttavia, è evidente che a fronte dell'offerta di un pacchetto non deve essere ammessa la prescrizione di tutte le singole prestazioni che lo compongono;
- la presenza di un pacchetto deve trovare particolare giustificazione nella necessità di corrispondere ad esplicite indicazioni di appropriatezza clinica, diagnostica, terapeutica ovvero ad altre motivazioni che ne giustifichino la convenienza.

Da quanto riportato è evidente che la discussione in tema di pacchetti è ancora agli inizi, ed anche la distinzione tra pacchetti facenti parte del livello di assistenza specialistica ambulatoriale e pacchetti facenti parte di altri livelli essenziali (prevenzione, assistenza territoriale, ...) necessita di essere approfondita. Un caso interessante di studio è sicuramente la diagnosi precoce del tumore della mammella (per la quale è stata proposta la identificazione di un pacchetto di prestazioni): in tale situazione si potrebbe assumere che la diagnosi precoce, intesa come *pacchetto di prestazioni prescritto per sospetto diagnostico del singolo* soggetto sia prestazione di specialistica, mentre i programmi di prevenzione intesi come *attività routinarie di controllo della salute* (screening organizzato) sono considerati appartenenti al livello della prevenzione e medicina collettiva.

Sono state valutate alcune prestazioni genericamente affini al settore di attività definito "telemedicina"; sul tema è stata registrata innanzitutto la difficoltà di definire o identificare il contenuto delle prestazioni stesse, contenuto tale da giustificare l'inserimento nel nomenclatore di specifiche voci e dei relativi codici. Si ritiene che la valutazione potrebbe essere fatta caso per caso esaminando specifiche proposte.

Come noto, l'allegato 2 al nomenclatore del DM 22.7.1996 riporta specifiche indicazioni clinico-diagnostiche ai fini della erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di alcune prestazioni. Poiché il principio dell'appropriatezza della prestazione, in relazione alle specifiche condizioni cliniche dei pazienti, rappresenta uno dei principi affermati dal d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche per l'individuazione dei livelli di assistenza, è stato sempre richiesto agli esperti interpellati, nell'esame delle singole prestazioni dell'elenco, di individuare in maniera esplicita limiti alla erogazione derivanti dalle condizioni cliniche degli assistiti.



Inoltre, e per lo stesso motivo, è stato sempre richiesto agli esperti di integrare le prestazioni con il campo “note” al fine di chiarire al meglio le caratteristiche della prestazione (descrizione, significato, contenuto, ...).

A conclusione del presente paragrafo si ritiene di dover sottolineare la particolare rilevanza dello stretto e fattivo rapporto tra le attività del progetto Mattone e le attività della Commissione Nazionale LEA. Il Mattone è sempre stato informato dei criteri che la Commissione nazionale ha individuato per valutare se una prestazione può rientrare nei LEA ed è stato ascoltato in audizione per la definizione di aspetti di rilevante criticità (pronto soccorso, malattie rare, professioni non mediche, branche specialistiche, ...).

4.4 *Indicazioni e Linee guida per gli adattamenti regionali/locali*

Il secondo prodotto della attività di questo progetto Mattone è costituito dalla redazione di indicazioni e Linee guida per le Regioni, aventi l’obiettivo di favorire un percorso di approfondimento coordinato ed omogeneo per quelle amministrazioni che vorranno agire sul nomenclatore in sede regionale al fine di rendere lo stesso maggiormente conforme alle esigenze locali.

La motivazione principale per questo prodotto risiede nella constatazione delle difficoltà che le Regioni e Province autonome hanno sperimentato per introdurre modificazioni del nomenclatore nazionale. Il vero problema, però, non è tanto quello della disomogeneità tra strumenti adottati, bensì il rischio che il livello di assistenza specialistica ambulatoriale non sia erogato omogeneamente ai cittadini di tutte le Regioni.

Non sono ovviamente in discussione le ragioni che hanno portato agli interventi regionali sul nomenclatore, ma gli evidenti risultati di eterogeneità suggeriscono la individuazione di uno strumento di coordinamento che garantisca livelli essenziali di assistenza uniformi sul livello nazionale, senza tuttavia limitare le prerogative che la normativa attribuisce alle Regioni.

Mentre il primo prodotto (il nuovo nomenclatore) si muove nella direzione di avere un unico elenco nazionale cui attenersi, riconosciuto da tutte le Regioni e base dello scambio informativo tra le stesse, il secondo prodotto si muove nella direzione di favorire le scelte e le esperienze locali/regionali pur mantenendo la confrontabilità territoriale. In tale contesto il secondo prodotto svolge più che altro la funzione di esempio e di suggerimento (anche di dettaglio) per coloro che intendono percorrere il cammino delle specificità locali.

A questo fine, sono stati evidenziati i seguenti suggerimenti:

- lasciando alle realtà regionali le scelte di programmazione concesse dalla legislazione corrente, nonché le responsabilità organizzative sull’erogazione delle prestazioni entro la cornice permessa dai LEA, le Regioni dovranno garantire un comportamento metodologicamente omogeneo e capace di produrre risultati confrontabili;
- nel rispetto della garanzia del livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale potranno essere effettuate in sede regionale/locale gli adattamenti (modifiche, inserimenti, ...) del



nomenclature ritenute di interesse per la programmazione regionale, purché sia rispettata la struttura ad albero del nomenclatore stesso necessaria per la condivisione delle informazioni tra le Regioni e con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Ad esempio, a fronte di una prestazione di “radiografia della mano” qualora una regione sia interessata a distinguere la mano destra dalla sinistra sarà sufficiente allungare (ad albero appunto) la struttura del nomenclatore così che le due nuove prestazioni discendano gerarchicamente dalla prestazione presente nel nomenclatore nazionale;

- tutte le prestazioni erogate a livello regionale/locale dovranno comunque essere ricondotte esplicitamente a prestazioni presenti nell’elenco nazionale: sarà compito delle singole Regioni adottare gli strumenti tecnici adeguati (a livello di prescrizione, di erogazione, di rendicontazione, ...) per garantire la riconduzione.
- l’inserimento delle nuove prestazioni effettuato dalle Regioni come livelli ulteriori di assistenza dovrà essere segnalato al livello centrale.



5 Il flusso informativo per il nuovo nomenclatore

Più semplice e breve è la discussione del lavoro svolto sul secondo obiettivo del Mattone, cioè sia la identificazione di un tracciato record minimo per lo scambio delle informazioni tra le regioni ed il NSIS che la individuazione di un flusso informativo adeguato. Sono stati innanzitutto rilevati tutti i flussi informativi regionali e sono stati acquisiti i relativi tracciati record, e si è tenuto conto anche da una parte della sperimentazione in corso attraverso il NSIS (sperimentazione che sta iniziando a rendere disponibili i primi risultati numerici) e dall'altra delle indicazioni e delle richieste contenute nell'art. 50 della Legge 24/11/2003, n. 326 recante "Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie". Alla luce del materiale raccolto è stata condotta una valutazione delle informazioni ed è stata preparata una proposta operativa.