

Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996

Si trasmettono alcune prime indicazioni predisposte da questo Dipartimento al fine di agevolare l'applicazione iniziale a livello locale del decreto ministeriale 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale e relative tariffe".

Il documento allegato riflette alcune problematiche connesse all'avvio del nuovo modello di remunerazione delle prestazioni e, più in particolare, all'applicazione del nuovo sistema di definizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle relative tariffe.

Il primo capitolo del documento una specificazione del quadro normativo di riferimento del provvedimento. Il secondo 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. Il terzo capitolo fornisce indicazioni riguardo alla possibilità di articolazione delle tariffe a livello regionale e chiarisce l'ambito di applicazione del provvedimento, in particolare definendone i limiti rispetto alle prestazioni di assistenza ospedaliera ed alle relative tariffe. Il quarto riguarda il sistema dei controlli che deve essere attivato parallelamente alla applicazione del decreto, Il quinto capitolo, infine, informa sugli aggiornamenti già avviati.

IL DIRIGENTE GENERALE
(Dr. Nicola Falcitelli)

SOMMARIO:

1. Inquadramento normativo
2. Contenuti del decreto
3. Articolazione delle tariffe ed ambito di applicazione
4. Controlli
5. Considerazioni finali

Allegato A: Metodologia adottata per la determinazione delle tariffe

Allegato B: Pareri del Consiglio superiore di sanità

Allegato C: Bozza del decreto ministeriale di errata corrige del D.M. 22 luglio 1996

1. INQUADRAMENTO NORMATIVO

In attuazione dell'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, il decreto ministeriale 22 luglio 1996 (pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale del 14 settembre 1996) ha individuato le "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe".

Il provvedimento si inserisce nel quadro normativo del decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, dal Piano sanitario nazionale 1994-1996, dal decreto ministeriale 15 aprile 1994, dalla legge 29 dicembre 1994, n. 724, dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549 e dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 in termini di regolamentazione del nuovo modello di erogazione e di remunerazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) e di attribuzione di competenze ai diversi livelli di governo del SSN.

Relativamente al primo aspetto, com'è noto, l'articolo 8 del citato decreto legislativo ha introdotto il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori del SSN basato su tariffe predeterminate per prestazione ed ha previsto l'abolizione dell'istituto del convenzionamento, stabilendo che l' "Unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza, secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali", mediante appositi rapporti con i soggetti erogatori, pubblici e privati, "fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e dalle prestazioni erogate".

Relativamente all'attribuzione delle competenze ai diversi livelli di governo del SSN, i provvedimenti citati hanno stabilito che spetta al Ministro della sanità l'individuazione e la specificazione dei livelli di assistenza, che le Regioni e le Province autonome e le Unità sanitarie locali hanno, quindi, il compito di assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale. In particolare, il Piano sanitario nazionale 1994 - 1996 specifica che il livello di assistenza specialistica, incluso nel livello di assistenza specialistica

semiresidenziale e territoriale, si realizza, oltre che attraverso le "attività di consultorio materno – infantile", attraverso "le visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le altre prestazioni previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche". Pertanto,

L'elenco di prestazioni riportato nell'allegato n. 1 al decreto ministeriale 22 luglio 1996 definisce il contenuto del livello uniforme di assistenza specialistica,

Ovvero, ai sensi dell'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, "le prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio.

L'allegato n. 1 sostituisce l'elenco di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenuto nel decreto ministeriale 7 novembre 1991, che definiva precedentemente le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN.

La normativa sul riordino del SSN ha stabilito, inoltre, che spetta alle regioni e province autonome la determinazione delle tariffe delle prestazioni valide nei rispettivi ambiti territoriali, nel rispetto dei criteri generali definiti a livello nazionale al fine di garantire la necessaria omogeneità all'interno del SSN. I criteri a tal fine specificati nel decreto ministeriale 15 aprile 1994 dettano una definizione uniforme delle singole prestazioni sanitarie erogabili nell'ambito del SSN (rinviando al "nomenclatore delle prestazioni specialistiche" per quanto riguarda l'individuazione puntuale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale) e prescrivono il riferimento a costi di produzione rilevati presso un campione di erogatori regionali/provinciali per la determinazione delle tariffe, definite quali "remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori...a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti".

Tuttavia, analogamente a quanto previsto dal decreto legge 29 ottobre 1994, n. 603 e successive reiterazioni, a proposito delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, l'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, ha disposto che fossero individuate a livello centrale le tariffe delle restanti prestazioni, da adottare a livello regionale/provinciale "in sede di prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni di cui all'articolo 8, comma 5 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni", qualora, e fintantoché, non si disponga di tariffe regionali/provinciali determinate secondo i criteri generali ex decreto ministeriale 15 aprile 1994. La stessa norma ha previsto altresì che, nel caso di recepimento da parte delle regioni e province autonome delle tariffe delle prestazioni fissate dal Ministero della sanità, le tariffe fissate dalle regioni debbano essere incluse nell'intervallo di variazione compreso tra le tariffe ministeriali e l'80% delle stesse.

Tale disposizione, finalizzata a consentire l'avvio del nuovo modello di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, fa salva la competenza regionale e provinciale in materia di determinazione delle tariffe delle prestazioni, vincolandola solo nel caso in cui, nella fase di "prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni...", le regioni e le province autonome non siano nelle condizioni di determinare le proprie tariffe in applicazione del decreto ministeriale 15 aprile 1994.

Anche la successiva determinazione tariffaria da parte delle regioni e delle province autonome, sulla base dei criteri fissati dal decreto ministeriale 15 aprile 1994, dovrà riguardare le prestazioni come individuate, e codificate, nell'allegato n. 1, nonché le prestazioni aggiuntive eventualmente individuate a livello regionale/provinciale.

Affinché le disposizioni contenute nel decreto 22 luglio 1996, trovino concreta e completa applicazione è necessario che le singole regioni e le province autonome emanino propri provvedimenti di recepimento, regolino i vari momenti organizzativi connessi alla loro applicazione ed avviino i connessi flussi informativi.

Come riferimento per la definizione e la codifica delle singole prestazioni è stata adottata la traduzione italiana della **Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche** (III volume dell'International Classification of Diseases –IX -, Clinical

Modification, ICD-9-CM), già in uso nell'ambito del SSN per la codifica delle schede di dimissione ospedaliera (ai sensi del D.M. 26 luglio 1993).

• **I codici identificativi** delle prestazioni sono **a tre, a quattro o a cinque cifre**. Le prime due cifre identificano l'apparato anatomico – funzionale al quale fa riferimento la prestazione (da 03 a 86), ovvero la tipologia di prestazione (da 87 a 99); le cifre successive specificano il tipo e/o la sede della prestazione.

• A tali criteri fanno eccezione le procedure di laboratorio, che l'*ICD-9-CM* contiene solo in parte, per la cui definizione il Ministero della sanità si è avvalso della collaborazione delle Associazioni del settore e per la cui codifica si è proceduto mediante un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per macrotipologie (biochimica, immunologia-immunoematologia-tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica-biologia molecolare, citologia-istologia e anatomia patologica).

LA STRUTTURA

La struttura dell'allegato n. 1 riprende quella della classificazione internazionale, con la suddivisione in due grandi settori.

Il **primo settore** include le prestazioni di natura interventistica, terapeutiche e diagnostiche, individuate dai **codici compresi tra 03.00 e 86.99**. Tale settore è suddiviso nelle seguenti quindici sezioni, identificate su base anatomica:

- Interventi sul sistema nervoso (03-05);
- Sistema endocrino (06);
- Occhio (08-16);
- Orecchio (18-20);
- Naso, bocca, faringe (21-29) ;
- Apparato respiratorio (31-34) ;
- Apparato cardiovascolare (38-39) ;
- Sistemi ematico e linfatico (40-41) ;
- Apparato Digerente (42-54) ;
- Apparato urinario (55-59) ;
- Apparato genitale maschile (60-64) ;
- Apparato genitale femminile (65-71) ;
- Interventi ostetrici (75) ;
- Apparato muscolo scheletrico (76-83) ;
- Mammella , cute e tessuto sottocutaneo (85-86) ;

Il **secondo settore** include esclusivamente terapeutiche e diagnostiche, identificate dai **codici compresi tra 87.00 e 99.99**. Tale settore è suddiviso nelle seguenti undici sezioni:

- Procedure radiologiche (87-88);
- Esami e test funzionali (89);
- Prestazioni di laboratorio (90-91);
- Medicina nucleare (92);
- Terapia fisica riabilitazione motoria e respiratoria (93) ;
- Test psicologici (94) ;
- Trattamenti diagnostici oftalmologici e otorinolaringoiatrici (95);
- Intubazioni ed irrigazioni non operatorie (97);
- Rimozioni e sostituzioni di protesi (97);
- Rimozioni non operatorie di corpi estranei e di calcoli (98);
- Altri interventi non operatori (99);

I SIMBOLI

Oltre al codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un **simbolo** che ne indica le **specifiche condizioni di derogabilità**. In particolare:

• Le prestazioni contrassegnate con la **lettera "H"** sono erogabili solo presso **ambulatori protetti**, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero. In merito si evidenzia che si intendono ambulatori protetti quelli situati presso istituti di ricovero, sia pubblici, sia provati, accreditati;

• Le prestazioni contrassegnate con la **lettera "R"** sono erogabili solo presso **ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti e abilitati** dalle regioni e dalle province autonome per l'erogazione di tali prestazioni.

Si tratta di prestazioni altamente specialistiche. Al fine di garantire l'erogazione a livelli qualitativamente adeguati nell'ambito del SSN, è stato previsto che, da parte delle regioni e province autonome, fossero individuate specifiche strutture di riferimento alle quali riservare la possibilità di erogarle.

Tale previsione normativa è da collegarsi, da parte delle regioni e province autonome, ai criteri generali per l'accreditamento e la classificazione delle strutture come delineati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, nonché all'esigenza di scelte programmatiche improntate a criteri sia di efficienza e di qualità, sia di accessibilità da parte dei cittadini.

Si evidenzia l'opportunità che venga effettuata un'adeguata **informazione dei cittadini** sulla disponibilità di dette prestazioni nel territorio regionale/provinciale.

• Altre prestazioni infine, sono ulteriormente contrassegnate con il **simbolo “*”**; si tratta delle prestazioni erogabili a carico del SSN solo secondo specifiche **linee guida clinico – diagnostiche**.

Con questa indicazione, per la prima volta in un provvedimento recante l'individuazione delle prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, viene introdotta una condizione che associa l'erogabilità della prestazione al problema clinico concreto, contestualizzando l'uso della prestazione specifica sia rispetto al caso clinico, sia rispetto alla gamma delle altre risorse diagnostico-terapeutiche disponibili.

La ratio di tali indicazioni è sostanzialmente quella di garantire la disponibilità di alcune prestazioni ad elevato costo nei casi che ne possono trarre effettivo beneficio, evitandone contestualmente una erogazione impropria a carico del SSN (ivi compresi eventuali usi a fini unicamente di ricerca).

Oltre alle prestazioni già individuate nell'allegato n. 1 quali prestazioni soggette alle suddette condizioni di derogabilità, le regioni e le province autonome possono individuare, tra tutte quelle erogabili ai sensi del decreto,

altre prestazioni da assoggettare alle medesime condizioni nella propria realtà territoriale, contrassegnandole seguendo le stesse modalità.

Inoltre, le regioni e le province autonome possono anche prevedere

accorpamenti delle prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti, definendo le relative tariffe e gli specifici codici e contrassegnandoli con la lettera “A”, e l'erogazione di ulteriori prestazioni, curandone la codifica coerentemente al sistema di classificazione utilizzato nell'allegato n.1 e contrassegnandole con la lettera “I”.

LA “LEGENDA”

Ai fini della **interpretazione delle descrizioni** delle singole prestazioni, si raccomanda la preventiva lettura della “LEGGENDA”, riportata nella pagina precedente l'allegato n.1, nella quale sono indicati i significati della simbologia adottata nelle descrizioni stesse.

A tale riguardo si ritiene di fornire alcuni chiarimenti in ordine alla descrizione delle prestazioni con implicazioni rispetto all'applicazione delle relative tariffe.

• Le **parentesi tonde “()”** includono **termini descrittivi** della prestazione in questione, mentre le **parentesi quadre “[]”** includono **sinonimi o termini esplicativi** della prestazione stessa. Pertanto,

Nel caso in cui siano utilizzati nelle prescrizioni mediche, tanto i termini descrittivi quanto i sinonimi sono da ricondurre al codice della prestazione corrispondente e non possono comportare la fatturazione di più tariffe.

• Le **virgole “,”** contenute nella descrizione delle prestazioni identificate dai codici **da 87.03 a 88.99.5**, qualora **non siano incluse tra parentesi quadre “[...]”**, sono finalizzate a distinguere i diversi **distretti** sui quali può essere eseguita la procedura in questione (che risulta identificata da un unico codice ed alla quale corrisponde, pertanto, un'unica tariffa).

Di conseguenza, relativamente a quelle prestazioni nella cui descrizione sono indicati più distretti, è possibile prevedere che la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto.

Solo qualora la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto è possibile riconoscerne la remunerazione in misura pari al numero di distretti per i quali sia stata contemporaneamente prescritta.

- Le **virgole “,”** contenute nella descrizione delle prescrizioni identificate dai codici da **87.03 a 88.99.5**, qualora siano incluse tra **parentesi quadre [...]**, sono finalizzate ad elencare **sinonimi o termini esplicativi** della prestazione stessa, da ricondurre al codice corrispondente.

Le prescrizioni mediche recanti più sinonimi non possono comportare fatturazione di più tariffe.

Gli esempi seguenti possono aiutare a chiarire le indicazioni precedenti.

A fronte della prestazione: “88.22 RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL’AVAMBRACCIO – Radiografia (2 proiezioni) di : gomito, avambraccio”, cui corrisponde la tariffa di 29.000 lire, una prescrizione di: “Radiografia del gomito”, o una prescrizione di: “Radiografia dell’avambraccio”, comportano una fatturazione di 29.000 lire, mentre una prescrizione di “Radiografia del gomito e Radiografia dell’avambraccio”, comporta la fatturazione di 58.000 lire (=29.000*2)

A fronte della prestazione: “87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO – TC del cranio [sella turcica, orbite]” cui corrisponde la tariffa di 161.000 lire una prescrizione di “TC del capo” comporta la fatturazione di 161.000, così come una prescrizione di “TC della sella turcica e delle orbite”, o di “TC del cranio”.

LE “NOTE”

Sempre ai fini della interpretazione delle interpretazioni delle singole prestazioni, si raccomanda la lettura e l’applicazione, anche delle “NOTE” riportate alla fine dell’allegato n. 1, finalizzate a chiarire la definizione di alcune prestazioni, nonché a specificare al validità e le modalità di utilizzo delle tariffe corrispondenti.

In particolare, si richiama l’attenzione sulle note relative alle prestazioni seguenti.

- Le prestazioni recanti la dizione **“NAS” (Non Altrimenti Specificati)**, che vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente nell’allegato n. 1. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale specifico caso. Inoltre,

Le tariffe corrispondenti alle prestazioni recanti la dizione “NAS” non possono mai essere riconosciute in aggiunta a tariffe relative a prestazioni specifiche di analogo contenuto.

- **Le prestazioni odontoiatriche**, contraddistinte dai codici compresi tra 23.41 e 23.43.3. tra 24.7.1. e 24.8.1, e dai codici 99.97.2 e 23.6, le cui tariffe si riferiscono al solo trattamento.

Le tariffe delle prestazioni di terapia fisica si riferiscono al corrispondente trattamento del singolo segmento corporeo.

A tale fine, il segmento corporeo è definito come: colonna cervicale, colonna dorsale, colonna lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro.

- Le **prestazioni di radiodiagnostica e medicina nucleare** nella cui definizione è citato il **numero di radiogrammi o proiezioni**, che non va inteso come misura delle singole procedure che sono remunerate dalla tariffa corrispondente, bensì come indicazione del numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione specifica. Pertanto, i valori numerici riportati non costituiscono limite né minimo né massimo per il professionista, cui è affidato il compito di perseguire il risultato diagnostico atteso con la prestazione.

La tariffa corrispondente remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi effettivamente eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico nei singoli casi.

In proposito, si segnala anche le tariffe delle prestazioni in questione includono sia i costi dei mezzi di contrasto, sia quelli dell’assistenza anestesiologicala, sia quelli associati all’impiego saltuario di particolari procedure o presidi sanitari.

- Le **prestazioni di emodialisi** identificate dai codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, le cui tariffe includono il costo dei farmaci e delle indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico. Pertanto,

L'eventuale erogazione di farmaci o di esami diagnostici in corso di trattamento dialitico non dà diritto ad alcuna remunerazione aggiuntiva oltre alla tariffa della prestazione dialitica erogata.

ULTERIORI PRECISAZIONI

Di seguito sono riportate alcune ulteriori precisazioni circa l'interpretazione e l'applicazione dell'allegato n. 1.

- **Prestazioni che comportano la somministrazione dei farmaci**

Si precisa che, oltre alle prestazioni nella cui descrizione è espressamente specificata l'inclusione del farmaco, anche relativamente alle prestazioni di seguito elencate **la tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato**:

H03.8	iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale
H03.91	iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia
H03.92	iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
H04.81.1	iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
H04.81.2	iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
H05.31	iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia
H05.32	iniezione di agenti neuroolitici nei nervi simpatici
H16.91	iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche
H34.92	iniezione nella cavità toracica
H38.89	puntura di arteria
H54.97	iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale

Le tariffe relative alle altre prestazioni nel corso delle quali è prevista la somministrazione di farmaci **non includono** il costo del farmaco.

- **Prestazioni odontoiatriche**

Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, **includono il costo dell'anestesia** eventualmente praticata.

- **Prestazioni relative all'esame colturale di diversi materiali biologici**
(identificate dai codici 90.93.3, 90.93.4, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2).

La specificazione "...Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.." indica che la prestazione include la coltura finalizzata alla ricerca di tutti i microrganismi e lieviti considerati patogeni secondo le correnti acquisizioni scientifiche, con riferimento al sospetto clinico e/o all'anamnesi definiti nella prescrizione e al materiale esaminato.

Pertanto, le tariffe corrispondenti a tali prestazioni remunerano **tutte** le procedure eseguite per la prestazione completa (esame colturale) ovvero,

Il referto di più microrganismi e lieviti patogeni dà luogo alla fatturazione di un'unica tariffa

Qualora si proceda all'identificazione (biochimica e/o sierologia) dei microrganismi patogeni e eventualmente, al corrispondente antibiogramma, tali prestazioni vano remunerate con le relative tariffe.

Non può essere riconosciuta alcuna remunerazione per prestazioni di identificazione ed antibiogramma riferite a microrganismi e lieviti che non sono considerati patogeni, secondo le correnti acquisizioni scientifiche, con riferimento sia al sospetto clinico e/o all'anamnesi definiti nella prescrizione, sia al materiale esaminato.

- Generalmente, al descrizione delle prestazioni non prevede né la **finalizzazione della procedura** (ad esempio: "per errori del metabolismo", "per medicina dello sport", etc), né la **tipologia del soggetto** al quale la prestazione viene praticata: adulto, bambino, collaborante, non collaborante, etc. Pertanto, qualora fossero riportate nella prescrizione, tali specificazioni **non** possono influire sull'identificazione della prestazione corrispondente e, quindi, della relativa tariffa.

2.2 GLI ALTRI ALLEGATI

- **L'allegato n. 2** elenca le prestazioni che nell'allegato n. 1 sono contrassegnate con il simbolo "*", con le rispettive specifiche **linee-guida clinico diagnostiche**.
- **L'allegato n. 3** contiene **l'accorpamento delle prestazioni erogabili secondo le branche specialistiche** già presenti nel decreto ministeriale 7 novembre 1991.

Tale accorpamento è da intendersi finalizzato esclusivamente all'applicazione delle disposizioni della legge 25 gennaio 1990, n. 8, come modificata dall'articolo 2 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

Al fine dell'applicazione del limite di **prescrivibilità** di prestazioni per singola ricetta, relativamente alle **Prestazioni di prelievo** ("91.48.4 Prelievo citologico"; "91.48.5 Prelievo di sangue arterioso"; "91.48.5 prelievo di sangue arterioso"; "91.49.1 Prelievo di sangue capillare "; "91.49.2 Prelievo di sangue venoso"; "91.49.3 prelievo microbiologico"), si precisa che:

- Il prelievo **non** deve essere incluso nel conteggio delle prestazioni, sebbene debba essere specificatamente riportato nella ricetta;
- Al fine del calcolo della remunerazione complessiva dell'erogatore, il **valore della tariffa** corrispondente alla prestazione di prelievo deve essere sempre sommato al valore delle prestazioni prescritte ed erogate.

L'elencazione per branca specialistica non riveste alcun carattere definitorio né delle competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e delle strutture abilitati all'erogazione delle prestazioni, che formano l'oggetto della normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitarie e di accreditamento.

Nell'allegato n. 3, l'elenco intitolato "**ALTRE PRESTAZIONI**" include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche specialistiche (anche in funzione della organizzazione delle singole strutture erogatrici) e non identifica un'ulteriore "branca specialistica" ai fini dell'applicazione delle suddette disposizioni. Qualora una delle prestazioni incluse in tale elenco sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni ad essa complementari, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento della specifica struttura o del professionista che la eroga.

- **L'allegato n. 4** elenca le prestazioni già incluse nell'allegato n.1 al decreto ministeriale 07 novembre 1991 che risultano **non più erogabili** nell'ambito del SSN ai sensi dello stesso decreto ministeriale 22 luglio 1996.

Più in particolare, **la parte A** dell'allegato riporta le prestazioni dichiarate **obsolete** dal Consiglio superiore di Sanità, mentre la **parte B** riporta quelle ritenute **non erogabili in regime ambulatoriale**.

La definizione di **obsolescenza** in tale sede identifica tutte quelle prestazioni che non trovano corretta collocazione nel nuovo provvedimento di individuazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, in quanto:

- Tecnologicamente superate (ad es., la "Scintigrafia timica");
- Ridondanti o incoerenti in conseguenza delle nuove definizioni adottate nel provvedimento (ad es., "Bacino: ogni radiogramma in più", "Svuotamento ascisso freddo altre regioni", " Valutazione pirografica, - volumi statici e dinamici -, per la medicina dello sport");
- Corrispondenti a parti di una prestazione complessa inclusa nell'allegato n. 1 (ad es., "Misura del filtrato glomerulare o del flusso plasmatici renale", " Reazioni istocitochimiche...", "crioanestesia");
- Eseguite abitualmente in corso di visita specialistica (ad es. "Test alla luce di Wood").

Le prestazioni dichiarate **non appropriatamente erogabili in regime ambulatoriale** elencate nella parte B possono essere comunque erogate nell'ambito e a carico del SSN nel corso di ricoveri ospedalieri, in regime di degenza ordinaria ovvero di ricovero diurno.

3. ARTICOLAZIONE DELLE TARIFFE ED AMBITO DI APPLICAZIONE

3.1 ARTICOLAZIONE DELLE TARIFFE

L'articolo 1, comma 3, del decreto stabilisce che le tariffe definite nell'allegato n. 1 "rappresentano la **remunerazione massima** che può essere corrisposta ai soggetti erogatori...". Pertanto,

Le regioni e le province autonome, nell'adottare le tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, possono articolarle per tipologie di erogatori, per volumi di prestazioni e/o in funzione di altri criteri.

- Le regioni e province autonome possono individuare le **tipologie di erogatori** rispetto alle quali articolare il sistema tariffario sulla base di criteri che, nello specifico ambito territoriale, costituiscano attualmente significativi fattori di variabilità dei costi associati alla erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica quali ad esempio: **la dotazione strumentale e/o di personale** ed il connesso **volume** complessivo di prestazioni erogabili annualmente; la **complessità funzionale**, in termini sia del **livello di specializzazione**, sia della **gamma** delle prestazioni erogate.
- Inoltre, al fine di tenere conto del fenomeno delle economie di scala, nonché di disincentivare l'eventuale tendenza ad ampliare, anche inappropriatamente, i volumi di prestazioni erogate connessa al sistema di pagamento a prestazione, parallelamente alla determinazione delle tariffe massime, le regioni e le province autonome possono prevedere un meccanismo per il loro **abbattimento progressivo**, proporzionalmente a volumi crescenti di prestazioni erogate.
- Nell'ambito della predisposizione degli **appositi rapporti** di cui all'articolo 8, commi 5 e 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, quindi, la contrattazione tra regione, unità sanitarie locali e singoli soggetti erogatori di cui agli artt.2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549 e 1 comma 32 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, definirà le **specifiche condizioni di scambio tra unità sanitaria locale – acquirente e singolo erogatore**, anche in termini di volumi e tipologie di prestazioni scambiate e dei relativi livelli tariffari.

3.2 AMBITO DI APPLICAZIONE DEL DECRETO

- L'applicazione del decreto è limitata esclusivamente alle **prestazioni erogate in regime di assistenza ambulatoriale**. Pertanto,

Le tariffe contenute nell'allegato n. 1 non possono considerarsi valide ai fini della remunerazione di prestazioni rese nell'ambito di un episodio di ricovero ospedaliero.

Sebbene singole prestazioni erogate durante un ricovero ospedaliero possano coincidere con quelle definite nel decreto 22 luglio 1996, le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera (ai sensi del decreto ministeriale 15 aprile 1994) costituiscono la remunerazione omnicomprensiva corrispondente a ciascun episodio di ricovero specificato secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG – Diagnosis related groups) e dunque remunerano tutte le attività e le prestazioni erogate a ciascun paziente nel corso dell'intero ricovero.

Tuttavia, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, quanto sopra non esclude che, al fine di contenere la durata di degenza dei pazienti, di migliorare l'organizzazione interna delle attività ospedaliere e di razionalizzare l'utilizzo delle risorse, **prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero** possano essere erogate al paziente prima del ricovero, in regime di assistenza ambulatoriale.

Ai fini dell'erogazione di queste prestazioni non deve essere richiesta alcuna apposita prescrizione, proposta o richiesta formulata sul modulario del SSN;

al presidio ospedaliero o azienda ospedaliera o casa di cura che le erga non deve essere riconosciuta alcuna remunerazione aggiuntiva oltre la tariffa corrispondente al DRG al quale il ricovero in questione viene attribuito.

Analogamente,

le tariffe contenute nell'allegato n. 1 non sono finalizzate alla remunerazione di singole prestazioni eventualmente rese in favore di degenti da parte di strutture diverse da quelle nella quale essi sono ricoverati.

Tali prestazioni costituiscono l'oggetto di scambi e, quindi, di specifici accordi/contratti tra la struttura ospedaliera ed altri erogatori.

4. I CONTROLLI

Il sistema di pagamento degli erogatori sulla base delle tariffe predeterminate per prestazione comporta, anche nel caso della assistenza specialistica ambulatoriale, l'esigenza di sviluppare appropriati sistemi di controllo.

Analogamente a quanto già indicato relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera (cfr. Linee di guida n. 1/1995), tale sistema di controllo va inteso, e sviluppato, sia in termini di **controllo esterno**, da parte della regione e delle aziende USL acquirenti delle prestazioni relativamente al comportamento degli erogatori accreditati, pubblici e privati ed alla corretta osservanza delle regole degli scambi, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza erogata sia in termini di **controllo interno** da parte dei singoli erogatori del SSN relativamente ai livelli di qualità dell'assistenza e di efficienza.

Appare opportuno, pertanto, che anche nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale le regioni e le province autonome provvedono ad

attivare flussi informativi e controlli finalizzati a consentire una costante attività di monitoraggio dell'andamento e della composizione delle prescrizioni, dei consumi di prestazioni e della spesa corrispondente.

anche con riferimento alle disposizioni di cui all'art. 1 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 commi 26,27,28,29.

A tale proposito deve considerarsi prioritario e urgente il conseguimento dei seguenti **obiettivi**:

- Verificare che tutti gli erogatori accreditati, pubblici e privati, raccolgano e trasmettano periodicamente alla propria unità sanitaria locale tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate, necessarie sia per documentarne la corrispondente fatturazione, sia consentirne il controllo;
- Organizzare il sistema di controllo ed elaborazione dei dati raccolti, affinché la regione possa verificare la corretta allocazione delle risorse ai vari soggetti erogatori, monitorare l'andamento e la composizione della spesa per la l'assistenza specialistica ambulatoriale, nonché l'eventuale verificarsi di comportamenti anomali, sia degli erogatori sia dei prescrittori delle prestazioni in questione;
- Attivare un sistema di controllo finalizzato a valutare per ciascun erogatore la frequenza e le dimensioni di eventuali effetti "distorsivi" associati all'applicazione delle tariffe. Ad esempio, potranno essere oggetto di specifici monitoraggi i seguenti fenomeni potenzialmente indicativi di **comportamenti opportunistici dei singoli erogatori**, rispetto ai quali potranno individuarsi dei valori di riferimenti regionali e nazionali sulla base delle rilevazioni effettuate:

* la proporzione di **esami diagnostici specifici ripetuti** su uno stesso paziente entro periodi di tempo predeterminati, al fine di individuare eventuali tendenze a moltiplicare le prestazioni;

* la proporzione per le prestazioni di diagnostica per immagini, di **esami eseguiti con il mezzo di contrasto**, al fine di individuare eventuali tendenze ad aumentare fittiziamente la complessità e/o il volume (e quindi il costo) delle prestazioni erogate;

* la **proporzione di prime visite** (" 89.7: Visita generale"; "89.13: Visita neurologica"; "89.26: Visita ginecologica"; "95.02: Visita oculistica"), cui corrisponde una tariffa pari a 40.000 lire, e seconde visite (" 89.01: Anamnesi e valutazione, definite brevi"), cui corrisponde invece una tariffa pari a 25.000 lire, al fine di individuare eventuali tendenze a fatturare come "prima visita" anche le "visite successive";

* la **proporzione di prestazioni contraddistinte dalla dizione "NAS"** rispetto alle prestazioni specifiche di omogeneo contenuto, al fine di individuare eventuali tendenze a fatturare impropriamente due volte la stessa prestazione (quella specifica e quella NAS).

Il controllo interno da parte degli erogatori di prestazioni del SSN dovrà essere orientato sia alla valutazione dell'utilizzo delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti, sia alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate, sia alla verifica delle attività di compilazione e codifica degli strumenti informativi che certificano la tipologia delle prestazioni erogate.

5. AGGIORNAMENTI

L'articolo 3 del decreto prevede che l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN contenuto nell'allegato n. 1 possa essere **aggiornato** dal Ministero della sanità per le esigenze della programmazione sanitaria e per gli adeguamenti conseguenti all'introduzione delle innovazioni tecnologiche, anche dietro eventuali segnalazioni da parte delle regioni e delle province autonome.

A seguito di alcune segnalazioni pervenute, sono già state predisposte alcune modifiche all'elenco delle prestazioni, mentre ulteriori modifiche sono attualmente in fase di valutazione.

Inoltre, è in corso di emanazione un **decreto di errata corrige** relativamente ad alcuni errori materiali, del quale si allega copia (*allegato C*)

Al fine di tenere costantemente sotto controllo la validità dell'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSN, si sollecita la massima collaborazione da parte degli Assessorati regionali e provinciali alla sanità nel segnalare ogni eventuale esigenza di aggiornamento.

Infine, nel richiamare l'indicazione contenuta nell'articolo 2, comma 2, del decreto di trasmettere al Ministero della sanità i provvedimenti regionali di determinazione delle tariffe, considerata l'importanza della conoscenza delle specifiche modalità di applicazione ai fini della programmazione sanitaria a livello centrale, si invitano le regioni e le province autonome a trasmettere ogni provvedimento inerente la regolamentazione dell'erogazione ed il finanziamento dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale nei singoli ambiti regionali.

SI OMETTONO GLI ALLEGATI