

# Lo stato dell'arte dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Da dove siamo partiti ...



Dal Nomenclatore tariffario..



... al Livello di assistenza specialistica ambulatoriale

- La legge di riforma sanitaria del 1978 ha previsto tra le “Prestazioni e funzioni” da erogarsi da parte delle Unità sanitarie locali (art. 19), le prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione e, in particolare, tra le prestazioni di cura ha ricompreso tra le altre (art. 25) le prestazioni specialistiche “da erogarsi sia in forma ambulatoriale che domiciliare”.
- La legge 29 dicembre 1990 n. 407 introduce il concetto del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Il Decreto ministeriale 7.11.1991 è il primo nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche (sintesi dei tariffari degli accordi convenzionali)
- Il Piano Sanitario Nazionale 1994-96, che ha individuato i livelli uniformi di assistenza sanitaria, come insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che debbono essere erogate dal SSN, identifica il livello di assistenza specialistica quale complesso di attività e prestazioni previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle attività di consultorio materno - infantile.

## **Il D. Lgs. 502/92 innova la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali:**

- **cessazione dei rapporti convenzionali**
- **istituto dell'accreditamento dei soggetti erogatori**
- **sistema di remunerazione a tariffe predeterminate**
- **definizione da parte del Ministero della salute dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza su cui basare il nuovo sistema di remunerazione**



**Nuova logica per la definizione del contenuto del livello di assistenza specialistica il più possibile dettagliata e univoca per gli erogatori pubblici e privati.**

Il D.M. 15.4.1994, che ha definito i criteri generali per la determinazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, per quanto riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali fa riferimento al relativo nomenclatore.

LA LEGGE N.549/95 all'articolo 2, comma 9 ha delegato il Ministro della Sanità ad individuare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN.

Il D.M. 22.7.1996 ha individuato le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e le relative tariffe sostituendo il D.M. 7.11. 1991.

IL D.M. 22 LUGLIO 1996:  
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGABILI  
NELL'AMBITO DEL SSN E RELATIVE TARIFFE

I criteri

I criteri adottati per l'individuazione e la definizione delle singole prestazioni incluse sono stati:

1. **Appropriatezza dell'erogazione ambulatoriale:** le prestazioni devono essere effettuabili in favore del cittadino ambulante secondo standard di qualità e sicurezza.
2. **Significatività clinica:**
  - le prestazioni debbono avere comprovata utilità diagnostica e/o terapeutica;
  - esclusione delle frazioni di prestazioni o di prestazioni parziali (con alcune eccezioni);
  - esclusione delle prestazioni la cui significatività clinica è ancora oggetto di sperimentazione o ricerca.
3. **Adeguatezza tecnologica:**
  - le prestazioni innovative devono essere incluse allo scopo di garantire ai cittadini adeguata assistenza tenendo conto dei limiti delle risorse a disposizione e delle alternative già disponibili;
  - inclusione delle prestazioni ad alto costo o rare stabilendo "regole" di buon utilizzo mediante la predisposizione di protocolli di accesso clinico-diagnostici/terapeutici piuttosto che a non includerle tra le prestazioni erogabili.

4. **Chiarezza e univocità:** le prestazioni devono essere individuate correttamente per la migliore verifica della loro erogazione e per il loro controllo di qualità.
5. **Omogeneità in termini di risorse necessarie per la produzione e erogazione delle prestazioni, ai fini della determinazione di tariffe:** la formulazione delle prestazioni deve essere idonea a consentire l'individuazione delle risorse impegnate evitando inutili moltiplicazioni di voci equivalenti.
6. **Omogeneità di terminologia e sistema di classificazione rispetto ai sistemi adottati in altri settori di assistenza del SSN (scheda di dimissione ospedaliera):**
  - sistema di riferimento ICD-9-CM (vol. III);
  - eccezione per le prestazioni di laboratorio.
7. **Sviluppo di una struttura di classificazione aperta e flessibile, al fine di facilitarne l'aggiornamento.**
8. **Adattabilità all'immediato utilizzo nell'ambito di sistemi informativi diversi:**
  - nomenclatura e classificazione di riferimento nazionale;
  - adattabilità a criteri locali di utilizzo (per unità organizzative, per analisi statistiche, per carichi di lavoro, per gestione attività, ecc.).
9. **Idoneità ai fini dello sviluppo di protocolli diagnostici e terapeutici.**

## La metodologia

Si possono distinguere varie fasi:

1. revisione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali già erogabili nell'ambito del SSN in quanto previste dal D.M. 7.11.1991;
2. ricognizione dei nomenclatori in uso a livello regionale;
3. confronto con nomenclatori adottati in altri Paesi;
4. adozione della classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD-9-CM (ad eccezione che per le prestazioni di laboratorio), come riferimento per la definizione e la codifica delle prestazioni;
5. coinvolgimento delle Associazioni scientifiche nella validazione;
6. validazione delle prestazioni erogabili da parte del Consiglio Superiore di Sanità.

## CONTENUTI DEL DECRETO MINISTERIALE 22.7.1996

L'ALLEGATO n.1 al D.M. 22.7.1996 elenca le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del SSN e le relative tariffe.

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.

Per le procedure di laboratorio, che l'ICD-9-CM contiene solo in parte, la definizione è stata operata in collaborazione con le Associazioni del settore e per la codifica si è proceduto mediante un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico.

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

Il primo settore include le prestazioni di natura interventistica, terapeutiche e diagnostiche, identificate 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)**
- **Sistema 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 prestazioni 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 e irrigazioni non operatorie (96)
- Rimozioni e sostituzioni di protesi (97)
- Rimozioni non operatorie di corpi estranei e di calcoli (98)
- Altri interventi non operatori (99)

Oltre al codice identificativo ripreso dal sistema ICD-9-CM, alcune prestazioni sono ulteriormente contrassegnate da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni di erogabilità. In particolare:

- le prestazioni contrassegnate con la lettera "H" sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero;
- le prestazioni contrassegnate con la lettera "R" sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti dalle Regioni e dalle Province Autonome per l'erogazione di tali prestazioni;
- 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.

Ulteriori codici aggiuntivi per la specificazione della prestazione possono essere apposti a livello regionale e provinciale, in funzione di quanto previsto dall'articolo 1 al decreto. In particolare, le Regioni e le Province Autonome possono:

- individuare, tra tutte quelle erogabili ai sensi del decreto, altre prestazioni da assoggettare, nella propria realtà territoriale, alle suddette condizioni di erogabilità, contrassegnandole secondo gli stessi criteri;
- prevedere accorpamenti delle prestazioni incluse nell'allegato 1 al decreto, in relazione a profili di trattamento predefiniti, definendo le relative tariffe e gli specifici codici e contrassegnandoli con la lettera "A";
- erogare, nel proprio territorio, ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell'allegato 1 al decreto, curandone la codifica coerentemente al sistema di classificazione utilizzato nello stesso allegato e contrassegnandole con la lettera "I".

L'ALLEGATO 2 al decreto elenca le prestazioni per le quali si riconosce nell'ambito del SSN un uso ai fini diagnostici e/o terapeutici limitato a talune patologie e/o casi clinici, insieme alle specifiche linee-guida clinico-diagnostiche.

L'ALLEGATO 3 al decreto contiene il riaccorpamento delle prestazioni erogabili secondo le branche specialistiche già presenti nel D.M. 7.11.1991, al fine esclusivo dell'applicazione delle disposizioni della Legge n. 8 del 25.1.1990, come modificata dall'articolo 2 della Legge n.724 del 23.12.1994, in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

In proposito, si sottolinea che tale elencazione per branca specialistica non riveste alcun carattere definitorio delle competenze degli specialisti interessati, né delle strutture abilitate all'erogazione delle prestazioni, né delle discipline specialistiche di riferimento per i flussi del Sistema informativo sanitario.

L'ALLEGATO 4 al decreto, infine, elenca le prestazioni già incluse nell'allegato 1 al D.M. 7.11.1991, che risultano non più erogabili nell'ambito del SSN ai sensi dello stesso D.M. 22.7.1996.

Più in particolare, la parte A dell'allegato riporta le prestazioni dichiarate obsolete; la parte B, invece, riporta quelle ritenute non erogabili in regime ambulatoriale.

La definizione di obsolescenza è adottata per identificare tutte quelle prestazioni che, in relazione ai criteri generali adottati per la definizione del nuovo nomenclatore, non trovano corretta collocazione nello stesso, 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” cfr. cod. 88.26, “Biopsia mirata cervicale” cfr. codd. 89.37.1, 89.37.2);

- corrispondenti a parti di una prestazione complessa (ad es., “Misura del filtrato glomerulare o del flusso plasmatico renale” cod. 92.03.3, “Reazioni istocitochimiche ...”, “Esofagoscopia esplorativa” cfr. cod. 45.13);
- eseguite abitualmente in corso di visita specialistica (ad es., “Transilluminazione”).

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

L'articolo 3 del decreto prevede che l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN contenuto nell'allegato 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 Province Autonome.

**Dopo quasi 10 anni ...**

**Nel corso del 2004 l' Agenzia ha avviato un proprio programma di ricerca su**

**L'analisi del contenuto del livello di assistenza specialistica ambulatoriale**

**L'intento del progetto di ricerca è stato di fare una ricognizione del livello di assistenza specialistica ambulatoriale sul territorio nazionale, per supportare la Commissione nazionale CLEA**

**È stato costituito presso l'ASSR un Gruppo di progetto composto dalle Regioni e Province autonome e dal Ministero della Salute.**

## **Le Regioni coinvolte**

### **Gruppo di lavoro ristretto (7)**

- **Abruzzo**
- **Toscana**
- **Campania**
- **Lombardia**
- **Piemonte**
- **Veneto**
- **P.A. Bolzano**

### **Gruppo di lavoro allargato**

- **Puglia**
- **Emilia Romagna**
- **Marche**
- **Friuli Venezia Giulia**
- **Umbria**
- **Sicilia**
- **Lazio**

### **Ulteriori Regioni censite**

- **Valle d'Aosta**
- **Liguria**
- **Basilicata**
- **Molise**
- **P.A. Trento**
- **Sardegna**
- **Calabria**

Per supportare la ricognizione normativo-qualitativa del livello di assistenza specialistica ambulatoriale attualmente definito a livello regionale è stata predisposta una griglia (ed un software "ASSIS") a partire dalle possibilità di intervento regionale previste dal Decreto ministeriale 22 luglio 1996 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGABILI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E RELATIVE TARIFFE".

## SONO STATE RILEVATE:

- le normative regionali di riferimento;
- le nuove prestazioni e il relativo sistema di codifica regionale;
- la modifica delle prestazioni esistenti;
- l'accorpamento delle prestazioni esistenti e delle nuove prestazioni;
- le modifiche tariffarie;
- la modifica delle note di prestazioni esistenti;
- le nuove condizioni di erogabilità per prestazioni esistenti;
- le modifiche all'allegato 2 DM 22.7.96;
- le indicazioni per l'erogazioni di prestazioni esistenti;
- l'eventuale inserimento di nuove branche specialistiche.

## I RISULTATI DELL'ANALISI RIGUARDANO:

- 19 tra Regioni e Province autonome
- I provvedimenti adottati fino a Gennaio 2005 riguardanti sia modifiche al D.M. 22.7.96, sia recepimento DPCM 29.11.2001 sui LEA

### Nuove prestazioni regionali

Ulteriori rispetto alle 1715 già incluse nel d.m. 22.7.96

Regione	Nuove prestazioni (n.)
Marche	477*
Friuli V. G.	291
Lazio	279
Molise	216
Lombardia	164
Piemonte	155
Toscana	142
Umbria	121
Valle d'Aosta	119
P.A. Bolzano	118
Emilia Romagna	110
Veneto	97
Basilicata	78
P.A. Trento	64
Puglia	5
Sicilia	5
Abruzzo	0
Campania	0
Liguria	0

\* La regione Marche ha sostituito l'intera branca di laboratorio

## Le nuove prestazioni riguardano prevalentemente :

### ➤ la chirurgia ambulatoriale

La maggioranza delle Regioni censite ha introdotto prestazioni oculistiche, mentre è difforme tra le Regioni l'inserimento di altre prestazioni chirurgiche come ad esempio la liberazione del tunnel carpale

### ➤ il laboratorio di analisi

Sono per la maggioranza ricorrenti in tutte le Regioni, fatta salva la Regione Marche che riformula integralmente la branca di laboratorio. Si tratta per lo più dell'introduzione di test ancora non disponibili all'epoca dell'emanazione del decreto, di una estensione dei test molecolari (es. PCR), della ricerca di patogeni il cui interesse clinico è emerso o cresciuto negli ultimi anni.

### ➤ la diagnostica per immagini

Si tratta per lo più di aggiornamento delle tecnologie.

### ➤ la dietologia (nutrizione clinica) e la neuropsichiatria infantile.

Le Regioni hanno sostanzialmente colmato carenze del decreto per quanto attiene alle nuove prestazioni di dietologia e di neuropsichiatria infantile.



## Inserimento nuove prestazioni – criticità riscontrate

- *utilizzo di codici diversi per la medesima prestazione*

DESCRIZIONE	REGIONE	CODICE
OTOMICROSCOPIA	Veneto	18.11.1
OTOMICROSCOPIA	Friuli Venezia Giulia	18.19
OTOMICROSCOPIA	Valle d'Aosta	18.19.1
OTOMICROSCOPIA (OMS) Incluso: medicazione	P.A. di Bolzano	18.30
SOMATOMEDINA C [IGF I]	Lombardia	90.40.6
SOMATOMEDINA C - DOSAGGIO.	Veneto	90.40.7
SOMATOMEDINA	Piemonte	90.40.8



- *utilizzo di codici uguali per prestazioni diverse*

CODICE	DESCRIZIONE	REGIONE
13.41	INTERVENTO SUL CRISTALLINO CON E SENZA VITRECTOMIA	Friuli V.G.
13.41	FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	Lazio
13.41	FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	Molise
91.27.6	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI - IMMUNOISTOCHEMICA	Umbria
91.27.6	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI - IMMUNOISTOCHEMICA	Toscana
91.27.6	VIRUS - RICERCA ANTICORPALE (E.I.A), NAS	P.A. di Bolzano
91.27.6	AEROMONAS nelle feci Esame colturale	Valle d'Aosta
91.27.6	YERSINIA RICERCA ANTICORPI (E.I.A.)	Friuli V.G.

## MODIFICA DI PRESTAZIONI (DESCRIZIONI E/O TARIFFE)

Le modifiche alle descrizioni di prestazioni già incluse nel D.M. sono percentualmente pari a circa il 6 % del totale delle prestazioni e si concentrano nelle aree della diagnostica per immagini e del laboratorio.

- Su 3926 modifiche operate dal complesso delle Regioni censite, 127 sono di tipo descrittivo, 3126 di tipo tariffario e 672 riguardano sia la descrizione che la tariffa. E' interessante notare che solo 525 sono effettuate da 3 o più Regioni al medesimo codice nazionale.

- Le modifiche tariffarie riguardano pressochè tutte le prestazioni in Friuli Venezia Giulia, quote estremamente variabili nelle altre Regioni (Emilia Romagna 109, Lazio 169, P.A. Bolzano 19).

## ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI

Come è noto il decreto ministeriale prevedeva la possibilità di creare accorpamenti di prestazioni erogabili corrispondenti a “profili/percorsi assistenziali” prefigurando in tal modo la composizione di “pacchetti assistenziali” (in modo da superare la logica delle “branche”).

Questa possibilità è stata in generale poco utilizzata dalle Regioni.

### *Accorpamenti di prestazioni*

Regione	Accorpamenti (n.)
Piemonte	20
P.A. Bolzano	1
Emilia Romagna	2
Veneto	4
Lazio	7
Toscana	34
Valle d'Aosta	5
Friuli V.G.	11
Umbria	8
Basilicata	2

## DIVERSI APPROCCI ALL'UTILIZZO DEGLI ACCORPAMENTI:

- semplificazione del percorso riabilitativo (Piemonte);
- soluzione semplificata di problemi di aggiornamento dell'elenco di prestazioni (Toscana);
- creazione di percorsi assistenziali "tipici" (Friuli V.G.)
- medicina sportiva (Lazio e Umbria), in cui gli accorpamenti prestazionali sono vincolati a protocolli d'indagine normati.

Inserimento di nuove branche specialistiche riguarda:

La Lombardia (n.1) con la branca di neuropsichiatria infantile.

Il Piemonte (n.3) con le branche di Neuropsichiatria infantile, Dietetica e Nutrizione clinica, Allergologia.

Il Lazio (n.2) con le branche di Medicina dello Sport e Chirurgia ambulatoriale.

In tutti i casi le nuove branche contengono sia prestazioni già previste dal dm. 22.7.96, sia nuove prestazioni identificate a livello regionale.

## CONCLUSIONI

1. La rilevazione effettuata su 19 Regioni e Province Autonome costituisce una fotografia sufficiente a delineare le caratteristiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale in Italia e, soprattutto, costituisce una base di confronto utile per la futura definizione di tale livello.

Occorre, infatti considerare che le Regioni e Province Autonome non incluse nell'analisi generalmente hanno adottato il D.M. 22.7.96 come tale.

Va comunque, segnalata la difficoltà nel coinvolgimento, consistente solo nella fornitura di documentazione, di una parte delle Regioni.

2. La mancanza di un sistema di manutenzione ed aggiornamento centralizzato del nomenclatore tariffario ha di fatto delegato alle Regioni questa attività, determinando una modifica degli elenchi delle prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale diversa da Regione a Regione.



Ciò implica che la disponibilità di prestazioni a carico del Servizio sanitario non è uniforme sul territorio nazionale, a prescindere dalle problematiche di accesso derivanti dai tempi di attesa.

## Due aspetti meritano particolare riflessione:

- la diversità del livello assistenziale garantito, intendendo includere in tale definizione non solo il “cosa” viene erogato ma anche “le modalità” con le quali ciò avviene;
- la confrontabilità tra Regioni.

## Casi emblematici

- ★ Alcune Regioni hanno formato dei veri e propri “pacchetti assistenziali” corrispondenti al percorso clinico del paziente:
- il Friuli Venezia Giulia per le prestazioni di controllo dei trapiantati renali e per la radioterapia dei trattati per carcinoma mammario;
- l'Emilia Romagna, dell'Umbria e del Veneto per l'intervento di cataratta che include le visite pre e post trattamento;
- la Regione Lazio per il trattamento della Terapia Fotodinamica della Degenerazione Maculare Retinica, comprensiva dei successivi accessi di follow up, includenti: due visite oculistiche complete, due angiografie e due medicazioni;
- la Regione Veneto per l'esame clinico-strumentale delle mammelle (esame polifasico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale); o i certificati per gli sport agonistici.

★ L' estensione delle prestazioni chirurgiche erogabili in regime ambulatoriale varia notevolmente da una Regione all'altra.

L'accordo dell'8 agosto 2002 sulla day surgery prevedeva a titolo orientativo alcune procedure eseguibili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario.

Si è constatato che alcune Regioni ne hanno già previsto l'erogazione in regime ambulatoriale.

### ESEMPI

DESCRIZIONE	Lazio	Molise	Valle d'Aosta	Veneto	Friuli V.G.	Toscana	Umbria	E. R.	Basilicata	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Lombardia	Marche
LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	X		X	X	X	X	X	X	X				
Inserzione di CRISTALLINO artificiale INTRAOCULARE AL MOMENTO DELLA ESTRAZIONE DI CATARATTA ESEGUITI IN CONTEMPORANEA	X	X		X		X	X		X				
BIOPSIA PERCUTANEA AGOBIOPSIA DEL POLMONE					X				X		X	X	
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA					X	X			X				X

## CONCLUSIONI

3. La mancanza di un coordinamento interregionale ha generato disomogeneità che oltre a differenziare l'effettivo livello dell'assistenza specialistica garantito ai cittadini, può rendere complessi gli scambi tra le Regioni ed il monitoraggio di questo livello di assistenza sul territorio nazionale.

## Le conclusioni del Gruppo di ricerca

- Necessaria l'identificazione, a livello nazionale, di una classificazione univoca sia per l'insieme di prestazioni (pacchetti) ricondotte dal regime erogativo di degenza diurna al regime ambulatoriale, sia per l'insieme di prestazioni comunque elencate nel Nomenclatore Tariffario ed erogabili nell'ambito di definiti protocolli assistenziali, validati sulla base di evidenze scientifiche.
- Necessarie regole uniformi ai fini sia della determinazione di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, sia della compensazione in mobilità interregionale.
- Proseguire nella strada della definizione di "pacchetti di prestazioni ambulatoriali" che può costituire una nuova modalità di offerta assistenziale per il cittadino, consentendogli di fruire contestualmente di tutte le prestazioni incluse nel pacchetto evitando la molteplicità degli accessi.



La ricerca dell'ASSR è correlata alle attività del progetto "Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario", in particolare al "mattone" relativo alla classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

*Le Linee di attività del mattone sono infatti:*

- *Ricognizione delle classificazioni e delle codifiche esistenti nei sistemi regionali.*
- *Revisione, modifica ed integrazione del nomenclatore ambulatoriale*
- *Definizione della struttura minima di riferimento per i flussi informativi sulle prestazioni ambulatoriali e delle regole minime di validazione dei dati.*
- *Definizione di criteri di manutenzione del nuovo "sistema nomenclatore".*



## **Mattone n. 2 "Classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"**

**Regione capogruppo: Lombardia**

**Regione associata: Molise**

**Gruppo di lavoro ristretto: P.A. Bolzano, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Toscana, Veneto, Ministero della salute, ASSR**

**Coordinatore: Ing. Carlo Zocchetti**



## Obiettivi specifici

- **Revisione dell'elenco delle prestazioni erogabili**
- **Definizione di un tracciato record minimo per la rilevazione**
- **Identificazione di una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni**
- **Identificazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione**

## Revisione dell'elenco delle prestazioni erogabili

- **Eliminazione prestazioni obsolete**
- **Introduzione nuove prestazioni**
- **Modificazioni definizioni, attributi, condizioni di erogabilità**
- **Adattamento a nuovi contesti organizzativi (chirurgia ambulatoriale)**

## **Revisione dell'elenco delle prestazioni erogabili e definizione tracciato record**

- 1. Raccolta ed analisi dei nomenclatori regionali (ricerca ASSR)**
- 2. Coinvolgimento delle Società scientifiche (FISM)**
- 3. Definizione della struttura dell'elenco (classificazione, livello di dettaglio, note attributi, condizioni di erogabilità)**
- 4. Interazioni con altri gruppi attivi sulla materia (mattoni, commissioni)**

## **Definizione di un tracciato record minimo per la rilevazione**

- Definizione di un insieme minimo di informazioni omogenee**
- Automazione della raccolta a livello nazionale**

***Coerenza tra sistemi informativi regionali,  
sperimentazione transitoria del NSIS,  
rilevazione ex art. 50 legge 24.11.2003 n. 326***

## Identificazione di una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni

- Percorso metodologico per la definizione delle tariffe (competenza Ministero)
- Individuazione best practices regionali

## Identificazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione

- Meccanismo di aggiornamento
  - Regole di codifica



**Sviluppo adeguato e territorialmente omogeneo**

## Risultati raggiunti e decisioni condivise

1. **Tipologia di prodotto**
  - Nuovo elenco delle prestazioni erogabili
  - Linee guida per gli approfondimenti regionali
2. **Classificazione ICD-9-CM 2002**
3. **Inclusione delle sole prestazioni afferenti al Livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale**
4. **Valutazione elenco prestazioni di laboratorio (circa il 60% del totale)**

2005 - 2006

