

ANALISI

NUMERO 22 - LUGLIO 2014

LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ANALISI DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE



ASSOBIOMEDICA
CENTRO STUDI

- Valeria Glorioso Centro Studi Assobiomedica - CSA
- Veronica Tamborini Centro Studi Assobiomedica - CSA

Con il contributo di:

- Cristina Piscopo Master in Management per la Sanità, SDA Bocconi

Centro studi intitolato a Ernesto Veronesi

Direttore: Paolo Gazzaniga

INDICE

INTRODUZIONE	3
LE NORME NAZIONALI	4
1. PREMESSA	4
2. ASSISTENZA AMBULATORIALE E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	4
3. CODIFICA E CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI	11
4. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI	12
5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	14
I SISTEMI TARIFFARI REGIONALI	14
1. PREMESSA	14
2. ABRUZZO	15
3. BASILICATA	16
4. CALABRIA	16
5. CAMPANIA	17
6. EMILIA ROMAGNA	18
7. FRIULI VENEZIA GIULIA	19
8. LAZIO	20
9. LIGURIA	21
10. LOMBARDIA	21
11. MARCHE	22
12. MOLISE	23
13. PIEMONTE	24
14. PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	25
15. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	26
16. PUGLIA	26
17. SARDEGNA	27
18. SICILIA	28
19. TOSCANA	29
20. UMBRIA	30
21. VALLE D'AOSTA	30
22. VENETO	31
23. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	32
COMPARAZIONE REGIONALE	32
1. PREMESSA	32
2. RECEPIMENTO DELLE TARIFFE MINISTERIALI	32
3. LE PRESTAZIONI NON INCLUSE NEL NOMENCLATORE NAZIONALE	34
4. LE PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE	36
5. I PACCHETTI DI PRESTAZIONI	37
6. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	38
CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA	41
PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA	42

INTRODUZIONE

La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale è definita dal Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, emanato in seguito alle norme sulla cosiddetta *spending review*. Tale decreto riguarda anche la remunerazione dell'assistenza ospedaliera e, nell'allegato 3, definisce le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, valide dal 28 febbraio 2013 al 31 dicembre 2014. Purtroppo, per questo tipo di assistenza, a livello regionale è presente un'estrema eterogeneità che riguarda i codici utilizzati per le prestazioni erogate, le prestazioni incluse e quelle escluse, le descrizioni delle prestazioni e le tariffe a esse associate.

Alla luce della recente chiusura del testo di proposta del nuovo Patto per la Salute 2014–2016, sembra che Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e regioni abbiano trovato un accordo su diversi punti tra i quali c'è anche l'assistenza specialistica ambulatoriale. Nel nuovo Patto per la Salute, approvato a luglio 2014 con la firma da parte del Ministro Lorenzin e del Presidente della Conferenza delle regioni, si stabilisce che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato 2.c, D.P.C.M. del 29 novembre 2001) venga integrata dalle regioni in base agli elenchi A e B allegati al Patto per la Salute 2010–2012; e l'erogazione delle prestazioni che sono attualmente fornite in regime di ricovero ordinario avvenga in regime di ricovero diurno o ambulatoriale, previo inserimento nel nomenclatore di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le aspettative maggiori si concentrano sull'aggiornamento del nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale e sulla revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevista entro il 31 dicembre 2014. Infatti, sono stati avviati i lavori per rivedere e ridefinire le liste delle prestazioni che risalgono al 1996 (D.M. del 22 luglio 1996) e che sono quelle attualmente incluse nei LEA. La grande attesa è dovuta al fatto che negli ultimi quindici anni non c'è stato un adeguato aggiornamento delle liste e, per questo motivo, le regioni hanno incluso ulteriori prestazioni rispetto a quelle definite a livello nazionale, in alcuni casi modificando anche le descrizioni di quelle incluse.

Il 2014 dovrebbe essere anche l'anno in cui Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e regioni istituiranno un tavolo di lavoro per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale allo scopo di consentire l'ottimizzazione del sistema di rilevazione delle informazioni riguardo alle prestazioni erogate e consentire una corretta lettura e interpretazione dei dati.

In vista di tutti questi importanti processi di revisione è utile fornire una descrizione di tutte le norme attualmente vigenti a livello nazionale e regionale, con particolare riferimento alle tariffe; alle prestazioni incluse e non incluse nel nomenclatore nazionale; alle prestazioni trasferite al regime ambulatoriale; alla definizione da parte delle regioni di specifici pacchetti di prestazioni.

Nella prima parte di questo lavoro definiremo le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nel contesto dei livelli essenziali di assistenza, con particolare attenzione alla codifica e alla classificazione delle prestazioni. Descriveremo poi i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica, considerando tutte le norme attualmente in vigore, con particolare riferimento a quanto previsto dal D.M. del 18 ottobre 2012.

Nella seconda parte analizzeremo la normativa regionale considerando tutti gli atti pubblicati fino al 31 dicembre 2013. In particolare, per ogni regione abbiamo individuato il nomenclatore tariffario vigente, il numero delle prestazioni incluse e non incluse nel D.M. del 22 luglio 1996, le prestazioni trasferite da regime di ricovero al regime ambulatoriale e, dove presenti, i pacchetti di prestazioni.

Nella terza parte analizzeremo i sistemi tariffari regionali in chiave comparativa. L'analisi si concentrerà principalmente sui seguenti elementi: il recepimento delle tariffe ministeriali definite con il D.M. del 18 ottobre 2012; le prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale ma aggiunte in quelli regionali; le prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale; i pacchetti di prestazioni.

LE NORME NAZIONALI

1. PREMESSA

Lo scopo di questa prima parte del lavoro è quello di descrivere le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza e del Servizio sanitario nazionale (SSN). In particolare, nel primo paragrafo sono discusse le prestazioni incluse nei LEA, comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, garantite dal Sistema sanitario nazionale, tenendo conto anche delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately erogate in regime di *day surgery*. Nel secondo paragrafo sono descritti il sistema di codifica e di classificazione delle prestazioni a livello nazionale, con particolare attenzione alle implicazioni relative all'introduzione di nuove prestazioni o di innovazioni tecnologiche. Nel terzo paragrafo si approfondiscono i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale considerando quanto specificato nel Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e in tutti gli altri atti normativi in cui sono trattati questi aspetti.

2. ASSISTENZA AMBULATORIALE E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I livelli essenziali di assistenza sono l'insieme delle prestazioni e delle attività che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di partecipazione alla spesa, il cosiddetto *ticket*¹. Le prestazioni sanitarie, i tipi di assistenza e i servizi inclusi nei LEA presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Per questo motivo, sono esclusi dai LEA tutti i servizi, le prestazioni e le attività che non rispondono a necessità assistenziali; le prestazioni di efficacia non dimostrabile; le prestazioni utilizzate in modo inappropriato rispetto alle

1. La scelta delle prestazioni sanitarie da sottoporre a *ticket* viene effettuata attraverso una valutazione ex-ante secondo il grado di urgenza e di essenzialità della prestazione stessa rispetto a determinate categorie di pazienti (Rebba, 2009). Oltre a questo, quando si parla di partecipazione alla spesa sanitaria, bisogna considerare che esistono diverse condizioni di esenzione dal pagamento del *ticket*, anche per quelle prestazioni che sono assoggettate alla compartecipazione della spesa. Senza entrare nel dettaglio delle specifiche categorie di esenti, le esenzioni sono determinate in base a diverse condizioni come reddito, età, invalidità, patologia o condizioni di interesse sociale (Rebba, 2009).

condizioni cliniche dei pazienti; le prestazioni che, a parità di beneficio, comportano un impiego di risorse superiore ad altre. L'erogazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza è posta a carico del SSN ed è finanziata con risorse pubbliche reperite attraverso la fiscalità generale. La definizione dei LEA è contenuta nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001² dove sono aggregati in tre aree:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

Il campo di **assistenza distrettuale** è definito come l'insieme delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, tra i quali è inclusa l'assistenza specialistica ambulatoriale. Gli ambulatori e i laboratori possono essere dislocati non solo sul territorio, ma anche presso le strutture ospedaliere di ricovero. L'assistenza specialistica ambulatoriale si articola a sua volta in:

- prestazioni terapeutiche e riabilitative;
- diagnostica strumentale e di laboratorio.

Nell'ambito dei LEA, l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialistici che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio sanitario nazionale o convenzionati con esso. Sono comprese le visite specialistiche, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.), le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione e altro ancora.

Così come per gli altri livelli, anche per quanto riguarda questo campo di assistenza, sono indicate le prestazioni erogabili e, dove presenti, i parametri strutturali di offerta e le funzioni garantite.

Oltre alla definizione dei livelli e delle **prestazioni incluse** nei LEA, specificate nell'**allegato 1**, nel decreto del 2001 sono previste alcune limitazioni e indicazioni in merito all'erogabilità delle prestazioni e all'applicazione stessa dei LEA. In particolare:

- nell'**allegato 2.A** sono specificate le prestazioni totalmente escluse dai LEA;
- nell'**allegato 2.B** sono identificate le prestazioni parzialmente escluse dai LEA;
- nell'**allegato 2.C** troviamo le prestazioni incluse ma potenzialmente inappropriate se erogate in regime di ricovero;
- nell'**allegato 3** sono specificate le indicazioni particolari per l'applicazione dei LEA.

2. A dodici anni dalla sua entrata in vigore il decreto del 2001 resta il riferimento normativo principale in merito alla definizione dei LEA. Infatti, dal 2001 ad oggi, i contenuti del decreto sono stati modificati solo in modo marginale da due provvedimenti successivi: il D.P.C.M. del 28 novembre 2003 e il D.P.C.M. del 5 marzo 2007. Questi due provvedimenti non possono essere considerati una vera e propria revisione dei LEA.

Descriviamo brevemente qui di seguito i principali contenuti degli allegati sopra elencati per rispondere all'esigenza di delineare gli elementi di interesse per il campo di assistenza specialistica ambulatoriale. Procedendo con ordine, le prestazioni **totalmente escluse** dai LEA sono:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali;
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, con esclusione delle certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, delle certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche, delle certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori, e delle certificazioni di idoneità al servizio civile;
- 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.

Le prestazioni **parzialmente escluse** dai LEA, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, sono:

- a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D. Lgs. 502/1992;
- b) densitometria ossea, ad intervalli di tempo non inferiori a diciotto mesi, limitatamente ai soggetti che presentino i fattori di rischio indicati nell'allegato 2.B.b);
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di 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 2.A, punto f);
- d) prestazioni di chirurgia refrattiva, limitatamente ai soggetti che presentino le condizioni indicate nell'allegato 2.B.d.

Le prestazioni **incluse** nei LEA, **ma potenzialmente inappropriate** se erogate in regime di ricovero ordinario, sono elencate nell'allegato 2.C e sono individuate mediante il codice DRG³ e la relativa descrizione. Si tratta di 43 prestazioni per le quali occorre individuare modalità di erogazione più appropriate. In altre parole, si tratta di modalità di erogazione che a parità di beneficio per il paziente prevedano un minore consumo di risorse.

Ci sono poi ulteriori **indicazioni particolari** per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza in materia di assistenza specialistica. Nel decreto si precisa che l'elencazione nel nomenclatore delle prestazioni e delle relative condizioni di erogabilità non risolve di per sé i problemi connessi a un'appropriata erogazione, per questo motivo, risulta opportuno:

- sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici per minimizzare l'utilizzo improprio di questo livello assistenziale;
- rilanciare programmi di aggiornamento e di formazione;
- rimodulare il sistema di remunerazione per scoraggiare l'induzione impropria della domanda;
- sviluppare il sistema informativo in modo da monitorare l'assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni.

In aggiunta a quanto stabilito nel 2001, nel Patto per la Salute 2010-2012, con il quale il Governo trova un accordo con le regioni sugli aspetti finanziari e di programmazione sanitaria, è previsto che le regioni, in attesa di una revisione dei LEA, integrino la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza con quanto previsto dagli allegati A e B. Inoltre, è previsto che le regioni garantiscano gradualmente l'erogazione delle prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero ordinario in regime di ricovero diurno o ambulatoriale.

Infine, si stabilisce che, in caso di ricorso al regime ambulatoriale, le regioni debbano provvedere a definire, in via provvisoria, adeguati importi tariffari per la remunerazione degli erogatori e adeguate forme di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in modo da garantire minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione delle stesse prestazioni in regime di ricovero. In particolare, nell'allegato A sono elencate le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in regime di *day surgery* trasferibili in regime ambulatoriale, come riportato nella tabella 1, secondo il codice e la descrizione. Nell'allegato B, invece, sono riportati i DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria.

3. I DRG (*Diagnosis Related Group*), in italiano ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), sono gruppi di diagnosi costituiti con il preciso scopo di attribuire un valore economico ai ricoveri ospedalieri. Il principio alla base di questo sistema è quello di definire la tariffa di rimborso associata a un determinato DRG volta a coprire il costo medio dell'assistenza ospedaliera per tutti i ricoveri simili tra loro.

Tabella 1 – Prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery*, secondo il codice, la descrizione e le condizioni di erogabilità (nota)

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE
H	04.43	Liberazione del tunnel carpale (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	Liberazione del tunnel tarsale (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
H	08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
H	13.19.1	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare incluso: impianto di lenti, visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico)
H	13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale
H	13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato
H R	53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	53.49.1	Riparazione dell'ernia ombelicale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, esami di laboratorio, visita post intervento)
H R	77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	80.20	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE
H R	84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.1.1	Amputazione di dita del piede (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
H	98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta, incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti dal Patto per la Salute 2010-2012 (allegato A)

Nella colonna "nota" della tabella 1 è riportato un codice che indica se le prestazioni siano da erogare in ambulatori protetti situati presso istituti di ricovero ("H") e/o in istituti appositamente individuati a livello regionale ("R").

La lista di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale garantite e incluse nei LEA è contenuta nel [Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996](#). Il decreto del 1996 è composto da quattro allegati:

- nell'**allegato 1** sono elencate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo il codice e la descrizione e le relative tariffe, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio;
- nell'**allegato 2** sono elencate le prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche indicazioni clinico-diagnostiche, secondo il codice e la descrizione;
- nell'**allegato 3** sono elencate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, secondo le branche specialistiche, ai fini dell'applicazione dei limiti di prescrivibilità per ricetta e del *ticket*;
- nell'**allegato 4** sono elencate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, non più erogabili nell'ambito del SSN; nella parte A sono riportate le prestazioni considerate obsolete e nella parte B sono indicate le prestazioni non erogabili in regime ambulatoriale.

Per alcune prestazioni descritte nell'**allegato 1** sono previste particolari condizioni di erogabilità a carico del SSN, indicate nel decreto come riportiamo qui di seguito:

- a) le prestazioni erogabili esclusivamente presso ambulatori protetti, ossia in ambulatori situati presso istituti di ricovero ospedaliero, sono contrassegnate dalla lettera "H";
- b) le prestazioni erogabili esclusivamente seguendo le indicazioni clinico-diagnostiche riportate nell'allegato 2 sono contrassegnate dal simbolo "*";
- c) le prestazioni erogabili esclusivamente presso ambulatori specialistici appositamente riconosciuti dalle regioni sono contrassegnate dalla lettera "R".

Oltre a quanto definito nel decreto del 1996 e in quello del 2001, è previsto che le regioni e le province autonome possano predisporre l'erogazione di ulteriori prestazioni codificandole coerentemente con il sistema di classificazione utilizzato a livello nazionale e contrassegnandole con la lettera "I". Tuttavia, non è possibile aggiungere nemmeno a livello regionale le prestazioni obsolete indicate nell'allegato 4.

L'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN può essere aggiornato solo dal Ministero della Salute per esigenze di programmazione sanitaria e di adeguamento conseguente all'introduzione di innovazioni tecnologiche, anche sulla base di eventuali segnalazioni da parte delle regioni e delle province autonome.

Nonostante questa necessità sia stata specificata in questi termini, dal 1996 ad oggi non sono state apportate significative modifiche all'elenco delle prestazioni⁴, che è stato confermato nei due più recenti decreti in merito alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del SSN⁵. Questo aspetto risulta particolarmente problematico di per sé, per tutti i cittadini e per il funzionamento dell'intero Sistema sanitario, ma diventa ancor più critico se si considerano alcune peculiarità del settore dei dispositivi medici. Infatti, nel campo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in particolare in alcune branche specialistiche, l'innovazione tecnologica è stata considerevole e, in alcuni casi, ha determinato procedure differenti per effettuare prestazioni che non erano previste nel 1996. Il mancato aggiornamento delle liste di prestazioni comporta, tra le altre cose, che nell'erogazione e nei meccanismi di remunerazione ci si debba adattare a liste vecchie che non rispecchiano né l'evoluzione della pratica clinica né l'esistenza di dispositivi medici innovativi. Se lo *sfasamento* di queste due velocità – da un lato quella normativa e del sistema sanitario, dall'altra quella della pratica medica e dell'innovazione tecnologica – fosse risolto si potrebbero ottenere enormi vantaggi in termini di sostenibilità, trasparenza, efficacia, efficienza ed equità per i pazienti e per l'intero Sistema sanitario nazionale.

- 4. Infatti, i legislatori si sono limitati all'approvazione del decreto e a rettificare e a integrare in modo marginale il suo contenuto, in particolare con i seguenti atti: il D.M. 10.02.1997; la Nota del 01.04.1997; il D.M. 13.05.1997.
- 5. Ci si riferisce al D.M. 12.09.2006 e al D.M. 18.10.2012 che definisce le nuove tariffe massime ministeriali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

3. CODIFICA E CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il sistema di codifica utilizzato nel nomenclatore nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale fa riferimento alla classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM⁶ e in particolare ai codici di intervento/procedura.

Il sistema di classificazione internazionale, creato per finalità diverse rispetto a quelle di cui abbiamo finora discusso, non risponde pienamente all'obiettivo di individuare puntualmente tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSN. Infatti, in molti casi, il codice utilizzato nel nomenclatore nazionale per identificare le prestazioni non è sempre corrispondente ai codici definiti nella versione italiana della classificazione ICD-9-CM.

Il sistema di classificazione si suddivide in due grandi settori: il primo include le prestazioni terapeutiche, diagnostiche e di natura interventistica (codici compresi tra 03.00 e 86.99); il secondo include le altre prestazioni terapeutiche e diagnostiche (codici compresi tra 87.00 e 99.99). Nel caso del primo settore le prime due cifre del codice (da 03 a 86) identificano l'apparato anatomico-funzionale al quale fa riferimento la prestazione; nel caso del secondo settore le prime due cifre del codice (da 87 a 99) identificano il tipo di prestazione. Per entrambi i settori, le cifre successive alle prime due specificano il tipo e/o la sede della prestazione.

Nella tabella 2 e nella tabella 3 sono elencati i gruppi di prestazioni del primo e del secondo settore del nomenclatore, secondo la descrizione e l'intervallo di codici indicato con le prime due cifre.

Tabella 2 – Gruppi di prestazioni incluse nel primo settore del nomenclatore (dal codice 03.00 al codice 86.99), secondo la descrizione e l'intervallo di codici (prime due cifre)

Descrizione	Intervallo di codici
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

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti dal D.M. 22 luglio 1996

6. Le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno stabilito criteri ben precisi definendo una classificazione internazionale delle malattie e delle procedure o interventi, conosciuta come *International Classification of Diseases – ICD*. Queste direttive sono state recepite anche in Italia seppure con un adattamento nazionale.

Tabella 3 – Gruppi di prestazioni incluse nel secondo settore del nomenclatore (dal codice 87.00 al codice 99.99), secondo la descrizione e l'intervallo di codici (prime due cifre)

Descrizione	Intervallo di codici
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

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti dal D.M. 22 luglio 1996

Come abbiamo specificato nel secondo paragrafo dedicato a descrivere l'assistenza specialistica ambulatoriale nel contesto dei LEA, le regioni possono determinare prestazioni erogabili a livello regionale – non incluse nel nomenclatore nazionale – ma dovrebbero codificarle in modo coerente con il sistema di classificazione nazionale. Purtroppo, i codici assegnati dalle regioni non sono sempre “coerenti” con il sistema nazionale. Come vedremo nella seconda parte di questo lavoro, l'assenza di un sistema di classificazione univoco ed esaustivo a livello nazionale, insieme alla mancanza di un aggiornamento della lista di prestazioni elencate nel decreto del 1996, ha generato una grande disomogeneità sul territorio in termini di numero di prestazioni incluse nei nomenclatori regionali, di descrizioni, di codici utilizzati per l'identificazione delle prestazioni.

4. REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN da parte delle strutture pubbliche o private accreditate avviene mediante una tariffa predefinita (ai sensi del D.Lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni). Le *tariffe massime* per la remunerazione delle prestazioni per questo tipo di assistenza sono individuate nell'allegato 3 del Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 e sono valide dall'entrata in vigore del decreto, 28 febbraio 2013, fino al 31 dicembre 2014.

Tuttavia, l'aggiornamento delle tariffe del 1996, confluito in questo decreto del 2012, è stato limitato alle sole prestazioni per le quali si disponeva di informazioni sui costi, utilizzando anche i risultati di un'analisi sulla variabilità delle tariffe regionali⁷.

7. Si specifica che le tariffe individuate nell'allegato 3 hanno assorbito il valore dello sconto finora vigente ai sensi dell'art.1, comma 796, lettera D, della legge 27 dicembre 2006, n.296.

Come è stato già precisato, in attesa di un'organica revisione dei livelli essenziali di assistenza, l'aggiornamento tariffario del 2012 ha riguardato esclusivamente le prestazioni individuate nel nomenclatore del 1996 e incluse nei LEA. Infatti, per le prestazioni totalmente escluse dai LEA indicate nella tabella 4 non è prevista una tariffa massima ministeriale.

Tabella 4 – Prestazioni incluse nel nomenclatore ma escluse dai LEA per le quali non è prevista una tariffa massima ministeriale, secondo il codice e la descrizione

Codice	Descrizione
93.31.1	Esercizio assistito in acqua - per seduta individuale di 30 minuti (ciclo di dieci sedute)
93.31.2	Esercizio assistito in acqua - per seduta di gruppo di 30 minuti max 5 pazienti (ciclo di dieci sedute)
93.31.3	Idromassoterapia - per seduta di 15 minuti per arto (ciclo di dieci sedute)
93.33.1	Ginnastica vascolare in acqua - per seduta individuale di 30 minuti (ciclo di dieci sedute)
93.33.2	Ginnastica vascolare in acqua - per seduta di gruppo di 30 minuti max 5 pazienti (ciclo di dieci sedute)
93.34.1	Diatermia a onde corte e microonde - per seduta di 10 minuti (ciclo di dieci sedute)
93.35.1	Agopuntura con moxa revulsivante - per seduta
93.35.4	Ipertermia nas - per seduta - escluso: ipertermia per il trattamento di tumore (99.85)
93.39.1	Massoterapia distrettuale-riflessogena - per seduta di 10 minuti (ciclo di dieci sedute)
93.39.3	Pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente - per seduta di 30 minuti (ciclo di dieci sedute)
93.43.1	Trazione scheletrica - trazioni cervicali o dorso lombari meccaniche - per seduta (ciclo di dieci sedute)
99.27	Ionoforesi - per seduta (ciclo di sei sedute)
99.88	Fotoforesi terapeutica - fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea - escluso: altra fototerapia, terapia a luce ultravioletta (99.82)

Fonte: Elaborazione Centro Studi Assobiomedica su dati tratti da D.M. 22 luglio 1996

Tutte le prestazioni strettamente e direttamente correlate a un ricovero programmato ed erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso, secondo le norme che riguardano l'assistenza ospedaliera (ai sensi della legge 662/1996)⁸.

Le tariffe massime ministeriali (D.M. del 18 ottobre 2012) per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale rappresentano un riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del SSN. Gli importi tariffari, eventualmente fissati dalle singole regioni per la remunerazione dei rispettivi erogatori, in misura superiore rispetto alle tariffe massime, restano a carico dei bilanci regionali. In particolare, per le regioni in piano di rientro, gli importi ministeriali rappresentano un limite invalicabile.

8. Seppure esista una letteratura di riferimento in merito ai meccanismi di remunerazione, per questi argomenti rimandiamo a Glorioso, Piscopo e Tamborini 2014.

5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa prima parte del lavoro abbiamo descritto le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. In particolare, nel primo paragrafo sono state discusse le prestazioni incluse nei LEA, garantite dal Servizio sanitario nazionale, tenendo conto anche delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery*. Nel secondo paragrafo sono stati descritti il sistema di codifica e di classificazione delle prestazioni a livello nazionale, con particolare attenzione alle implicazioni relative all'introduzione di nuove prestazioni o di innovazioni tecnologiche. Nel terzo paragrafo abbiamo descritto i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale definiti a livello nazionale, considerando quanto specificato nel Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012.

I SISTEMI TARIFFARI REGIONALI

1. PREMESSA

Lo scopo di questa seconda parte è quello di fornire le informazioni principali relative ai sistemi tariffari adottati nelle regioni, in base alla normativa pubblicata al 31 dicembre 2013. Per ogni regione sono stati identificati e descritti i contenuti degli atti normativi che definiscono ciascun nomenclatore tariffario regionale. In secondo luogo, per ciascuna regione, sono state riportate le informazioni relative al numero di prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale del 1996 e quelle non incluse. In terzo luogo, sono state prese in considerazione le peculiarità regionali relative alle prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, secondo quanto specificato nel Patto per la Salute 2010–2012. Infine, sono descritti i pacchetti di prestazioni per quelle regioni che li hanno introdotti. Riportiamo qui di seguito una definizione per ciascun tipo di prestazioni esaminate in questa seconda parte.

- **Prestazioni incluse nel nomenclatore 1996:** ci riferiamo specificatamente alle prestazioni che hanno un codice e una descrizione nel nomenclatore nazionale di cui al Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996.
- **Prestazioni trasferite:** si fa riferimento alle prestazioni che sono incluse nell'elenco dell'Allegato "A" al Patto per la Salute 2010–2012 che sono definite come ad "alto rischio di inappropriata" se erogate in regime di *day surgery* e trasferibili al regime ambulatoriale. Questa definizione non comprende tutte quelle prestazioni che sono state autonomamente trasferite dalle singole regioni.
- **Pacchetti di prestazioni:** sono stati considerati pacchetti solo i gruppi di prestazioni ambulatoriali definiti attraverso provvedimenti normativi regionali, nei quali sono indicate anche le condizioni di erogabilità a carico del SSR e la relativa tariffa di remunerazione.

Per agevolare la lettura della seconda parte di questo lavoro dedicata ai sistemi tariffari regionali, riportiamo qui di seguito una sintesi degli atti ai quali si farà riferimento da qui in avanti.

- **Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996:** atto normativo noto come nomenclatore nazionale, che contiene la lista delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con i relativi codici e descrizioni.

- **Patto per la Salute 2010–2012:** testo in cui sono definite le prestazioni incluse nei LEA, ma ad “alto rischio di inappropriatezza” se erogate in regime di *day surgery* e trasferibili al regime ambulatoriale.
- **Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012:** il più recente atto normativo che regola e definisce le tariffe massime ministeriali per l’assistenza specialistica ambulatoriale nonché per l’assistenza ospedaliera.

2. ABRUZZO

Nella regione Abruzzo, con il Decreto del Commissario ad acta (D.C.A.) n. 12 del 20 febbraio 2013 è stato approvato il nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale valido dal 28 febbraio 2013 al 31 dicembre 2014. Considerando che l’Abruzzo ha sottoscritto l’accordo per l’approvazione del piano di rientro, essa è vincolata all’erogazione delle sole prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e al rispetto delle tariffe massime ministeriali. Per questo motivo, tutte le prestazioni erogate in Abruzzo a carico del SSN sono da ricondursi a quanto contenuto nel nomenclatore nazionale e le tariffe per remunerare le strutture sanitarie corrispondono a quelle ministeriali approvate con il decreto del 2012.

Tabella 5 – Numero di prestazioni della regione Abruzzo, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.702
Non incluse	103
Totale	1.805

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 5 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario regionale dell’Abruzzo, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.702 e corrispondono ai livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale, previste dalla regione Abruzzo, sono 103 e sono tutte quelle passate dall’erogazione in regime di ricovero all’erogazione in regime ambulatoriale (DRG ad alto rischio di inappropriatezza).

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale della regione Abruzzo, come abbiamo visto, sono incluse 103 prestazioni identificate mediante codice DRG trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Le principali norme regionali che prevedono il passaggio di queste prestazioni al *setting* ambulatoriale sono le seguenti:

- il D.C.A. n. 32 del 03.06.2010;
- il D.C.A. n. 18 del 22.04.2011;
- il D.C.A. n. 50 del 16.11.2011;
- il D.C.A. n. 63 del 07.12.2011;
- il D.C.A. n. 8 del 12.03.2012.

3. BASILICATA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Basilicata è definito dalla Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 1962 del 2006 e da successivi atti. In particolare, con la D.G.R. n. 989 del 6 agosto 2013, la regione Basilicata revoca la precedente adozione delle tariffe massime ministeriali, aggiornando le tariffe per tutte le prestazioni indicate nell'allegato A alla deliberazione.

Nella tabella 6 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario regionale della Basilicata, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale da quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.723⁹, quelle non incluse sono 558. Si tratta sia di prestazioni singole, sia di prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

Tabella 6 – Numero di prestazioni della regione Basilicata, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.723
Non incluse	558
Totale	2.281

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario della regione Basilicata sono incluse alcune delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di *day surgery*, trasferibili in regime ambulatoriale, elencate nell'Allegato A al Patto per la Salute. Tra queste figurano, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale; la liberazione del tunnel tarsale; la riparazione del dito a martello; l'impianto secondario di cristallino artificiale.

4. CALABRIA

La regione Calabria con il D.C.A. n. 19 dell'11 febbraio 2013 ha adottato le tariffe massime ministeriali. Per questo motivo, a partire dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale, cessano di avere efficacia i precedenti atti normativi regionali in merito alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che risultano in contrasto con le disposizioni ministeriali. Invece è confermata l'erogabilità in regime ambulatoriale delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

⁹ Si specifica che nella regione Basilicata sono incluse 1.723 prestazioni identificate con il codice ministeriale del nomenclatore del 1996, ma che sono assegnati a più di una prestazione, che viene contraddistinta da una differenza anche nella descrizione e nella tariffa.

Tabella 7 – Numero di prestazioni della regione Calabria, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.702
Non incluse	44
Totale	1.746

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 7 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della Calabria, distinguendo tra quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le 1.702 prestazioni incluse corrispondono ai livelli essenziali di assistenza; quelle non incluse sono 44 e sono tutte relative al passaggio dal regime di ricovero a quello ambulatoriale (DRG ad alto rischio di inappropriatezza).

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Calabria, conformemente a quanto definito nel Patto per la Salute, ha previsto il trasferimento al regime ambulatoriale di alcune prestazioni già erogate in regime di ricovero. In particolare, con il D.C.A. n. 47 del 2011 sono stati definiti:

- accorpamenti di prestazioni ambulatoriali – APA;
- prestazioni ambulatoriali complesse – PAC;
- singole prestazioni.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Le prestazioni ambulatoriali complesse – PAC – e gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali – APA – sono gli unici raggruppamenti definiti nella regione Calabria. Oltre a questi, non sono stati definiti veri e propri pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

5. CAMPANIA

La regione Campania, con il D.C.A. n. 32 del 2013, ha adottato le tariffe massime ministeriali e ha annullato l'efficacia dei precedenti provvedimenti regionali in merito alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con le seguenti eccezioni:

- viene confermata l'eliminazione delle prestazioni di terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate elencate nel D.C.A. n. 64 del 2011 dal nomenclatore regionale;
- sono definite alcune tariffe particolari per le prestazioni ambulatoriali di dialisi; queste tariffe sono state ulteriormente modificate con il successivo D.C.A. n. 53 del 3 giugno 2013.

Nella tabella 8 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Campania, distinguendo tra quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.669 e corrispondono ai livelli essenziali di assistenza, fatte salve le esclusioni definite a livello regionale. Le prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale, previste dalla regione Campania, sono 97 e si tratta di prestazioni singole, prestazioni trasferite dal regime di ricovero e pacchetti di prestazioni.

Tabella 8 – Numero di prestazioni della regione Campania, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.669
Non incluse	97
Totale	1.766

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Anche la regione Campania, conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute, ha previsto il trasferimento di alcune prestazioni già erogate in regime di ricovero al regime ambulatoriale. Le prestazioni, i relativi codici e le tariffe sono definiti nel D.C.A. n. 58 del 2010, in attesa dell’emanazione di un nuovo provvedimento regionale sull’appropriatezza dei ricoveri.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

La regione Campania ha previsto l’erogazione di alcuni pacchetti di prestazioni, definendo le singole prestazioni incluse, appositi codici e importi tariffari, per la medicina fisica e riabilitativa e fisiochinesiterapia (D.G.R. n. 64 e n. 88 del 2011) e per la valutazione diagnostica di patologie espressamente individuate (D.G.R. n. 102 del 2009). Questi pacchetti, specifici della regione Campania, e le tariffe associate sono stati confermati dal D.C.A. n. 53 del 2013.

6. EMILIA ROMAGNA

Il nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Emilia Romagna è definito dalla D.G.R. 410/1997 e dai successivi atti di modifica e integrazione. Nel 2011 sono state aggiornate dopo quindici anni le tariffe delle prestazioni dei settori di radiologia tradizionale, biopsie, altra diagnostica strumentale, laboratorio di analisi, prestazioni terapeutiche e di riabilitazione. Inoltre, sono state inserite nuove prestazioni di laboratorio e definite indicazioni per la prescrizione dei marcatori tumorali con la D.G.R. n. 145 del 2013.

Tabella 9 – Numero di prestazioni della regione Emilia Romagna, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.707
Non incluse	424
Totale	2.131

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 9 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario dell’Emilia Romagna, distinguendo tra quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.707 e quelle non incluse sono 424. Tra queste ultime, sono comprese sia prestazioni singole sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario della regione Emilia Romagna sono incluse alcune delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di *day surgery* trasferibili al regime ambulatoriale indicate nel Patto per la Salute. Le principali disposizioni regionali in merito al passaggio all’erogazione ambulatoriale per queste prestazioni si trovano nella D.G.R. n. 1108 del 27 luglio 2011.

7. FRIULI VENEZIA GIULIA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Friuli Venezia Giulia è definito dalla D.G.R. n. 531 del 2006 e dai successivi atti di modifica e integrazione. In particolare, la regione ha aggiornato le tariffe di alcune prestazioni in seguito a un confronto dei tariffari di alcune regioni vicine, verso le quali si sono registrate le maggiori quote di mobilità sanitaria. Tali modifiche sono entrate in vigore in attesa che sia recepito il decreto ministeriale del 2012 e che si raggiungano accordi di politica tariffaria con le regioni vicine.

Tabella 10 – Numero di prestazioni della regione Friuli Venezia Giulia, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.650
Non incluse	456
Totale	2.106

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 10 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Friuli Venezia Giulia. Le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono 1.650 e quelle non incluse sono 456, per un totale di 2.106 prestazioni erogabili nella regione Friuli Venezia Giulia. Tra quelle non incluse, figurano sia prestazioni singole sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Friuli Venezia Giulia sono incluse alcune delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di *day surgery* trasferibili al regime ambulatoriale indicate nel Patto per la Salute, tra queste ci sono, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale e la riparazione del dito a martello.

8. LAZIO

La regione Lazio, con il D.C.A n. 313 del 2013, ha recepito le tariffe massime ministeriali. Sono confermate le eliminazioni di prestazioni stabilite con precedenti provvedimenti regionali e l'inclusione delle prestazioni derivanti da processi di deospedalizzazione (prestazioni trasferite dal regime di ricovero) e degli accorpamenti di prestazioni (pacchetti di prestazioni).

Tabella 11 – Numero di prestazioni della regione Lazio, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.696
Non incluse	167
Totale	1.863

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 11 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Lazio. Le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono 1.696 e quelle non incluse sono 167. Tra queste ultime figurano alcune prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, così come alcuni pacchetti di prestazioni ambulatoriali definiti a livello regionale.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Lazio ha previsto il trasferimento al regime ambulatoriale di alcune prestazioni già erogate in regime di ricovero, definendo accorpamenti di prestazioni ambulatoriali – APA – e alcune prestazioni singole. Alcune di queste prestazioni, con il relativo codice e la relativa tariffa, sono riportate nel D.C.A. 1/2010.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Nella regione Lazio sono stati definiti alcuni pacchetti di prestazioni ambulatoriali, definiti pacchetti ambulatoriali complessi – PAC – per particolari patologie o riferiti a percorsi diagnostico-terapeutici definiti a livello regionale. Le modalità di erogazione e i meccanismi di remunerazione di tali pacchetti sono contenute nel D.C.A. 1/2010 e nella D.G.R. 114/2008.

9. LIGURIA

La regione Liguria ha recepito le tariffe massime ministeriali con la D.G.R. n. 957/2013. Per quanto riguarda la codifica delle visite per branca specialistica, si confermano i precedenti provvedimenti regionali in materia (D.G.R. 5066/1997). Inoltre, la regione Liguria ha pubblicato il catalogo unico regionale delle prestazioni con la D.G.R. n. 1308 del 2013.

Tabella 12 – Numero di prestazioni della regione Liguria, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.716
Non incluse	39
Totale	1.755

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 12 è specificato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Liguria, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.716 e quelle non incluse sono 39; queste ultime sono principalmente prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale della Liguria sono incluse 19 prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza in regime di *day surgery* contenute nel Patto per la Salute.

10. LOMBARDIA

La regione Lombardia ha aggiornato e pubblicato il nomenclatore tariffario completo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con la D.G.R. n. 10804 del 2009 (Allegato B) e con successivi atti di modifica e integrazione. In particolare, sono state definite ulteriori prestazioni da includere nel nomenclatore regionale (D.G.R. 937/2010 e D.G.R. 2633/2011) e sono state previste alcune modifiche descrittive, di codifica e tariffarie (D.G.R. 4716/2013) per quanto riguarda diverse branche specialistiche, anche in seguito alla collaborazione con le società scientifiche.

Tabella 13 – Numero di prestazioni della regione Lombardia, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.700
Non incluse	412
Totale	2.112

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 13 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Lombardia, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. In totale si tratta di 2.112 prestazioni di cui 1.700 sono incluse nel nomenclatore nazionale e 412 non lo sono. Tra le 412 non incluse nel nomenclatore nazionale ma definite dalla regione Lombardia ci sono prestazioni singole, prestazioni trasferite dal regime di ricovero e pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nella regione Lombardia, conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute, sono state trasferite al regime ambulatoriale alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di *day surgery*. In particolare, sono state definite le cosiddette *macro attività chirurgiche a bassa intensità chirurgica* – BIC – alle quali sono stati associati un codice e una tariffa, come previsto dalla D.G.R. 4716/2013. Tali prestazioni sono considerate ambulatoriali anche nel caso in cui l'episodio assistenziale preveda il pernottamento del paziente per una notte, in questi casi la notte è considerata di osservazione e non di assistenza.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Nella regione Lombardia troviamo alcuni pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali definiti *macro attività ambulatoriali* – MAC. Questi pacchetti sono stati introdotti al fine di perseguire l'appropriatezza di erogazione di alcuni servizi che necessitano di essere garantiti in un contesto ospedaliero ma che possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale definito complesso, che non prevede la presenza di posti letto di *day hospital*. I MAC sono 12 in totale e sono pacchetti che riguardano terapie tumorali, terapie riabilitative, somministrazione di altre terapie ad infusione e prestazioni diagnostiche complesse (come definito dalla D.G.R. 2946/2012). L'erogazione di tali prestazioni viene rendicontata attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale e ogni MAC ha la sua tariffa unica associata.

11. MARCHE

Il nomenclatore tariffario della regione Marche è definito nella D.G.R. 991/2003 e da successivi atti di modifica e integrazione. In particolare, sono state aggiunte prestazioni erogabili a carico del servizio sanitario regionale, sono state modificate alcune descrizioni e indicazioni per la prescrizione e sono state assimilate alcune prestazioni a codici già esistenti. Le modifiche hanno riguardato prestazioni di diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio, nonché ulteriori branche specialistiche. I principali provvedimenti regionali in materia sono i seguenti:

- la D.G.R. 567/2006;
- la D.G.R. 1153/2010;
- la D.G.R. 769/2012.

Tabella 14 – Numero di prestazioni della regione Marche, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.571
Non incluse	713
Totale	2.284

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 14 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Marche. Come si può vedere, le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono 1.571 e quelle non incluse sono 713. Tra queste ultime, figurano sia prestazioni singole sia prestazioni trasferite da regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Marche, secondo quanto previsto dal Patto per la Salute, ha trasferito al regime ambulatoriale alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza in regime di *day surgery*. In particolare, con la D.G.R. n. 1793 del 2012 è stato aggiornato l'elenco di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, sono state definite le relative tariffe, i valori soglia di ammissibilità in regime di ricovero ordinario e *day surgery*. Inoltre, la regione ha introdotto una sperimentazione relativa alla chirurgia ambulatoriale extra-ospedaliera stabilendo che per questo tipo di attività le tariffe di remunerazione sono quelle valide per le prestazioni trasferite ma abbattute del 5% (D.G.R. 919/2013).

12. MOLISE

La regione Molise ha adottato le tariffe massime ministeriali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e, come definito nel D.C.A. 17/2013, ha annullato l'applicabilità di ogni altro provvedimento regionale incompatibile con le disposizioni nazionali. Considerando che il Molise ha sottoscritto l'accordo per l'approvazione del piano di rientro, la regione è tenuta a erogare le sole prestazioni incluse nei LEA. Per questo motivo, è stata confermata l'erogabilità a carico del servizio sanitario regionale delle prestazioni di oculistica definite nella D.G.R. n. 800 del 2007, ritenute compatibili con i LEA secondo quanto riportato nel D.C.A. n. 57 del 2013.

Tabella 15 – Numero di prestazioni della regione Molise, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.702
Non incluse	30
Totale	1.732

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 15 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Molise, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.702 e corrispondono ai livelli essenziali di assistenza. Quelle non incluse sono 30 e si tratta delle prestazioni di oculistica definite nella D.G.R. 800/2007.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nella regione Molise non risultano applicati provvedimenti regionali in merito al trasferimento al regime di ambulatoriale di prestazioni già erogate in regime di ricovero ma, tra le prestazioni di oculistica previste nella D.G.R. 800/2007, sono incluse alcune prestazioni trasferite dal regime ricovero, ad esempio, l'impianto secondario di cristallino artificiale. La regione prevede, secondo quanto riportato nel D.C.A. 37/2013, la futura emanazione di atti per disciplinare l'erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Nella regione Molise non sono stati definiti pacchetti di prestazioni ambulatoriali, tuttavia, secondo quanto riportato nel D.C.A. 37/2013, si prevede la futura emanazione di decreti per disciplinare l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali diagnostiche.

13. PIEMONTE

La regione Piemonte ha adottato le tariffe massime ministeriali con la D.G.R. 11-6036 del 2 luglio 2013, nella quale viene pubblicato il nomenclatore tariffario regionale completo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Le tariffe (individuate nell'allegato 1) vengono applicate per le strutture accreditate nella fascia A, mentre sono abbattute rispettivamente dell'8% e del 15% per le strutture accreditate nella fascia B e C. Inoltre, nella delibera è riportato un elenco delle prestazioni non classificabili come ambulatoriali (allegato 2), perché da erogarsi in regime di ricovero o in corrispondenza di specifiche funzioni attribuite alle strutture sanitarie.

Tabella 16 – Numero di prestazioni della regione Piemonte, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.614
Non incluse	348
Totale	1.962

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 16 è specificato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Piemonte, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.614 e quelle non incluse sono 348. Tra queste ultime sono comprese le prestazioni singole, prestazioni trasferite da regime di ricovero e pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nella regione Piemonte sono state trasferite al regime ambulatoriale alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery*, secondo quanto previsto dal Patto per la Salute. Nella D.G.R. 54-4257 del 2012 si stabiliscono le tariffe di remunerazione di queste prestazioni.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Nella regione Piemonte sono stati definiti soltanto due pacchetti di prestazioni relativi alla chemioterapia con la D.G.R. 33-5087/2012 dove sono definite anche le relative tariffe di remunerazione.

14. PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Il nomenclatore tariffario della provincia autonoma di Bolzano è definito dalla Deliberazione della Giunta Provinciale (D.G.P.) n. 2568 del 1998 e dai successivi atti di modifica e integrazione. Infatti, nel corso degli anni sono stati approvati diversi aggiornamenti al nomenclatore in termini di eliminazione di prestazioni, modifiche descrittive delle prestazioni previste, introduzione di nuove prestazioni, revisione delle note e indicazioni per la prescrizione. Uno dei più recenti atti di aggiornamento del nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e di laboratorio è la D.G.P. n. 205 del 2013.

Tabella 17 – Numero di prestazioni della provincia autonoma di Bolzano, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.701
Non incluse	219
Totale	1.920

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 17 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della provincia autonoma di Bolzano. Le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono 1.701 e quelle non incluse sono 219, per un totale di 1.920. Tra quelle non incluse nel nomenclatore nazionale ci sono sia prestazioni singole, sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario provinciale di Bolzano sono incluse 17 prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery* trasferite al regime ambulatoriale, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute.

15. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il nomenclatore tariffario della provincia autonoma di Trento è definito dalla D.G.P. n. 15047 del 1996 e dai successivi provvedimenti di modifica e integrazione, che hanno previsto la modifica delle prestazioni esistenti, ossia l'introduzione di nuove prestazioni. In particolare, con la D.G.P. n. 2028 del 2013 sono state apportate alcune modifiche in termini sia di classificazione, sia di remunerazione delle prestazioni.

Tabella 18 – Numero di prestazioni della provincia autonoma di Trento, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.701
Non incluse	355
Totale	2.056

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 18 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della provincia autonoma di Trento, distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.701 e quelle non incluse sono 355. Tra queste ultime sono comprese sia prestazioni singole, sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale della Provincia Autonoma di Trento sono comprese alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza in regime di *day surgery* trasferibili in regime ambulatoriale, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute. In particolare, si prevede l'erogazione in regime ambulatoriale per alcuni interventi chirurgici precedentemente effettuati in regime di ricovero ospedaliero: legatura e stripping di vene varicose; interventi per ernia inguinale; liberazione del tunnel carpale. Secondo quanto previsto dai provvedimenti provinciali (D.G.P. 832/2012 e D.G.P. 2961/2012) queste prestazioni sono erogabili ambulatorialmente solo presso gli istituti pubblici o privati, che sono già convenzionati per l'erogazione in regime di ricovero.

16. PUGLIA

La regione Puglia ha adottato le tariffe massime ministeriali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 951/2013. Considerando che la regione Puglia ha sottoscritto l'accordo per l'approvazione del piano di rientro, le prestazioni erogabili a carico del servizio sanitario regionale sono quelle incluse nei livelli essenziali di assistenza. Si prevede inoltre che è confermata l'erogazione in regime ambulatoriale delle prestazioni relative al passaggio dal regime di ricovero e ai pacchetti di prestazioni definite con precedenti provvedimenti.

Tabella 19 – Numero di prestazioni della regione Puglia, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.702
Non incluse	42
Totale	1.744

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 19 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Puglia. Le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono 1.702 e corrispondono ai livelli essenziali di assistenza, quelle non incluse sono 42 e comprendono sia prestazioni trasferite da regime di ricovero ad ambulatoriale, sia pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Puglia ha introdotto nel proprio nomenclatore regionale di assistenza specialistica ambulatoriale alcune prestazioni trasferite dal regime di ricovero, definite *prestazioni di chirurgia ambulatoriale – PCA* – e determinato specifiche tariffe, secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 28633/2011.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

La regione Puglia ha definito alcuni pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali, definiti *Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service – PACC*. Tali pacchetti sono stati definiti per comprendere prestazioni diagnostiche per il *follow-up* di alcune patologie come, ad esempio, il diabete e l’ipertensione e, per ognuno di essi, viene definito l’elenco delle singole prestazioni che lo compongono e la tariffa complessiva (D.G.R. 433/2011).

17. SARDEGNA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Sardegna è definito dalla D.G.R. 19-6/1998 e da successivi atti di modifica e integrazione che hanno interessato principalmente l’aspetto tariffario. In particolare, sono state modificate le tariffe di alcune prestazioni di medicina di laboratorio con il Decreto Assessorile n. 21 del 2012.

Tabella 20 – Numero di prestazioni della regione Sardegna, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.699
Non incluse	21
Totale	1.720

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 20 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Sardegna, distinguendo tra le 1.699 incluse nel nomenclatore nazionale e le 21 non incluse. Le prestazioni non incluse riguardano sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero, sia pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Sardegna sono incluse alcune delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di *day surgery* indicate nel Patto per la Salute, tra le quali figura, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

La regione Sardegna ha definito i *pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati* – PACC – precisando le singole prestazioni incluse e la tariffa di remunerazione complessiva, secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 41-29/2008. I pacchetti di prestazioni definiti dalla Sardegna comprendono principalmente prestazioni diagnostiche e riguardano la valutazione diagnostica o il *follow-up* di specifiche patologie.

18. SICILIA

La regione Sicilia ha adottato le tariffe massime ministeriali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ha abrogato i precedenti provvedimenti regionali in materia, secondo quanto stabilito dal D.A. 924/2013. Le prestazioni di radioterapia innovativa e di dialisi, e i percorsi terapeutici per la medicina fisica e riabilitativa, che non trovano riscontro nel decreto ministeriale del 2012, saranno oggetto di futuri provvedimenti.

Tabella 21 – Numero di prestazioni della regione Sicilia, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.702
Non incluse	102
Totale	1.804

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa in vigore al 31.12.2013

La tabella 21 indica il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Sicilia distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.702 e corrispondono ai livelli essenziali di assistenza. Quelle non incluse sono 102 e riguardano prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Sicilia, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute, ha trasferito al regime ambulatoriale alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di ricovero. A livello regionale, è stato introdotto e disciplinato il cosiddetto regime di erogazione di *day service* ambulatoriale, secondo quanto disposto dal D.A. n. 954 del 2013. In particolare, viene precisato che il costo del cristallino è rimborsato fino all'importo massimo di 200 euro e secondo quanto riportato nella relativa fattura, in aggiunta alla tariffa di remunerazione prevista per la prestazione corrispondente all'ex DRG 39, con descrizione "interventi sul cristallino con o senza vitrectomia". Infine, sono state aggiornate le tariffe di alcune prestazioni con successivi decreti assessorili e in particolare quelle per l'intervento di cataratta ambulatoriale (D.A. n. 1005 del 2013) e per gli interventi sulla retina (D.A. 2005/2013).

19. TOSCANA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Toscana è definito dalla D.G.R. n. 723 del 2011 e dai successivi atti che lo integrano e lo modificano. In particolare, sono state inserite ulteriori prestazioni di allergologia con la D.G.R. 526/2012 e sono state aggiornate le prestazioni di diagnostica di laboratorio con la D.G.R. 498/2013. La regione Toscana ha approvato il catalogo unico regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che elenca tutte le prestazioni incluse nel nomenclatore regionale (riportato nella D.G.R. n. 638 del 2013).

Tabella 22 – Numero di prestazioni della regione Toscana, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.514
Non incluse	253
Totale	1.767

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa in vigore al 31.12.2013

Nella tabella 22 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Toscana distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.514 e quelle non incluse sono 253. Tra queste ultime figurano sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero, sia pacchetti di prestazioni.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario della regione Toscana sono incluse alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery* trasferite al regime ambulatoriale, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute. Tra queste sono comprese, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale e la liberazione del tunnel tarsale.

PACCHETTI DI PRESTAZIONI

La regione Toscana ha definito alcuni pacchetti ambulatoriali complessi che comprendono più prestazioni e sono associati a specifiche patologie nel campo della medicina fisica e riabilitativa, secondo quanto riportato nell'allegato alla D.G.R. 723/2011. Per ogni pacchetto, viene riportato l'elenco delle prestazioni incluse, la tariffa di remunerazione e alcune indicazioni per l'erogazione.

20. UMBRIA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Umbria è definito dalla Deliberazione n. 3269 del 1997 e dai successivi atti normativi che lo hanno integrato e modificato. In particolare, sono stati apportati aggiornamenti al nomenclatore in termini di inserimento di nuove prestazioni e delle relative tariffe, di modifica della descrizione di prestazioni già presenti, di eliminazione di prestazioni, di aggiornamento di tariffe di prestazioni già presenti. Il tariffario aggiornato e le modifiche apportate sono riportati nella D.G.R. n. 1698 del 2011.

Tabella 23 – Numero di prestazioni della regione Umbria, secondo l'inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.700
Non incluse	285
Totale	1.985

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 23 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario della regione Umbria distinguendo tra le 1.700 incluse nel nomenclatore nazionale e le 285 non incluse, tra le quali sono comprese sia prestazioni singole sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Umbria, secondo quanto disposto dal Patto per la Salute, ha incluso nel nomenclatore tariffario regionale di assistenza specialistica ambulatoriale alcune prestazioni al alto rischio di inappropriatezza se erogate in regime di ricovero. Tra queste sono comprese, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale e la liberazione del tunnel tarsale.

21. VALLE D'AOSTA

Il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della regione Valle d'Aosta è definito dalla D.G.R. 1452/2006 e dai successivi provvedimenti regionali in materia. Sono state poi aggiunte ulteriori prestazioni afferenti a diverse branche specialistiche con le deliberazioni della giunta regionale n. 1253 e n. 1597 del 2009.

Nella tabella 24 è riportato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario regionale della Valle d'Aosta. Le prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale sono

1.690 e quelle non incluse sono 124. Tra queste ultime sono comprese sia prestazioni singole, sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

Tabella 24 – Numero di prestazioni della regione Valle d’Aosta, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.690
Non incluse	124
Totale	1.814

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

La regione Valle d’Aosta ha incluso nel proprio nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute, alcune prestazioni trasferite dal regime di ricovero. Tra queste figura, ad esempio, la liberazione del tunnel carpale.

22. VENETO

La regione Veneto ha approvato e pubblicato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, contenuto negli allegati A e B della D.G.R. n. 47 del 2013. In particolare, sono state ridotte le tariffe delle prestazioni di laboratorio e delle altre branche (ad esclusione delle visite) rispettivamente del 20% e del 2% rispetto al precedente tariffario (D.G.R. 859/2011). Inoltre, sono state modificate alcune descrizioni e rettificati alcuni errori materiali.

Tabella 25 – Numero di prestazioni della regione Veneto, secondo l’inclusione nel nomenclatore del 1996

Prestazioni	Numero
Incluse	1.607
Non incluse	536
Totale	2.143

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella tabella 25 è indicato il numero di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario regionale del Veneto distinguendo quelle incluse nel nomenclatore nazionale e quelle non incluse. Le prestazioni incluse sono 1.607 e quelle non incluse sono 536. Tra quelle non incluse sono comprese sia prestazioni singole, sia prestazioni trasferite dal regime di ricovero.

PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Nel nomenclatore tariffario regionale di specialistica ambulatoriale del Veneto sono comprese alcune prestazioni trasferite dal regime di ricovero, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute. Tra queste sono comprese, ad esempio, la riparazione del dito a martello e la liberazione del tunnel carpale.

23. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa seconda parte del lavoro abbiamo illustrato, per ogni regione, il sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale attraverso l'identificazione e la sintesi dei principali atti normativi in materia, pubblicati al 31 dicembre 2013. Tutti i nomenclatori tariffari regionali sono stati descritti secondo gli atti normativi che lo definiscono e che lo aggiornano, il numero di prestazioni incluse o non incluse nel nomenclatore nazionale, il trasferimento delle prestazioni dall'erogazione in regime di ricovero all'erogazione in regime ambulatoriale, la presenza di pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

COMPARAZIONE REGIONALE

1. PREMESSA

Lo scopo di questa terza parte è quello di presentare in modo sintetico e comparativo le peculiarità che caratterizzano i sistemi tariffari regionali per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in base alla normativa pubblicata al 31 dicembre 2013. In particolare, nel primo paragrafo le regioni sono messe a confronto relativamente al recepimento delle tariffe ministeriali definite nel D.M. del 18 ottobre 2012, con attenzione alle regioni in piano di rientro e quelle non affiancate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. Nel secondo paragrafo, sono discusse le differenze regionali relativamente al numero di prestazioni non incluse nel nomenclatore ministeriale. Nel terzo paragrafo, le regioni sono messe a confronto in base alle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale e, infine, nell'ultimo paragrafo si esamina la presenza di pacchetti di prestazioni nelle regioni.

2. RECEPIMENTO DELLE TARIFFE MINISTERIALI

Come abbiamo visto nella prima parte del lavoro, le tariffe massime ministeriali sono gli importi massimi che le regioni possono corrispondere alle strutture sanitarie pubbliche - o private accreditate - per l'erogazione delle prestazioni a carico del fondo sanitario nazionale. Le regioni che definiscono importi tariffari superiori a quelli ministeriali sono tenute a finanziare questa differenza con risorse proprie. Inoltre, per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo per l'approvazione del Piano di rientro non è prevista questa possibilità, infatti, per questa categoria di regioni vige il divieto di definire tariffe superiori a quelle ministeriali.

Nella figura 1 sono evidenziate in colore verde scuro le regioni che, al 31 dicembre 2013, risultano in Piano di rientro. Le regioni in questione sono otto e si tratta di Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. In colore azzurro sono indicate la Sardegna e la Liguria, regioni che hanno sottoscritto il Piano di rientro ma che non sono più affiancate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. In verde chiaro, invece, sono indicate le regioni che non hanno sottoscritto il piano di rientro, prevalentemente concentrate al nord, fatta eccezione per la Basilicata.

Nella figura 2 le regioni sono distinte per il recepimento delle tariffe massime ministeriali. In colore verde scuro sono indicate le regioni che hanno adottato le tariffe

del decreto del 2012; in colore verde chiaro sono indicate quelle non hanno recepito le tariffe ministeriali al 31 dicembre 2013. Come si può osservare, la figura 1 e la figura 2 rappresentano una quasi totale sovrapposizione delle regioni per questi due aspetti. Questo significa che tutte le regioni in piano di rientro sono quelle che hanno adottato le tariffe massime ministeriali. Le uniche eccezioni sono Liguria e Sardegna, regioni che non sono più in piano di rientro e non sono più affiancate dai Ministeri e che, per questo aspetto, si comportano in maniera opposta l'una rispetto all'altra. La Sardegna non recepisce le tariffe ministeriali mentre la Liguria sì. In totale, undici regioni non recepiscono le tariffe massime ministeriali e nove regioni le hanno recepite 31 dicembre 2013.

Figura 1 - Presenza di Piano di rientro



Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Figura 2 - Recepimento delle tariffe massime ministeriali

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

3. LE PRESTAZIONI NON INCLUSE NEL NOMENCLATORE NAZIONALE

Come abbiamo visto nella prima parte del lavoro, il servizio sanitario è tenuto a garantire a tutti i cittadini le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e, per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, le prestazioni riconducibili ai LEA sono quelle contenute nell'allegato 1 al Decreto ministeriale del 22 luglio 1996. Per questo motivo, in linea di principio, tutte le regioni sono tenute a erogarle e a includerle nei rispettivi nomenclatori tariffari di specialistica ambulatoriale. Inoltre, come abbiamo visto, le regioni possono includere nel proprio nomenclatore e erogare sul proprio territorio prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste a livello nazionale. Anche in questo caso, per le regioni in Piano di rientro esiste una disciplina particolare. Infatti, le regioni in Piano di rientro non possono erogare e remunerare le prestazioni che non sono riconducibili ai LEA. Per quanto riguarda le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di *day surgery*, incluse nei LEA, tutte le regioni possono erogarle in regime ambulatoriale previo inserimento nel nomenclatore regionale. Per quanto riguarda i pacchetti, le singole prestazioni incluse possono essere compatibili con i LEA oppure no.

Figura 3 – Numero di prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale del 1996



Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella figura 3 le regioni sono rappresentate secondo il numero di prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale del 1996, ossia le prestazioni aggiuntive, inserite in modo autonomo nei rispettivi nomenclatori tariffari. Come abbiamo visto, le prestazioni che le regioni possono aggiungere possono essere di tre tipi:

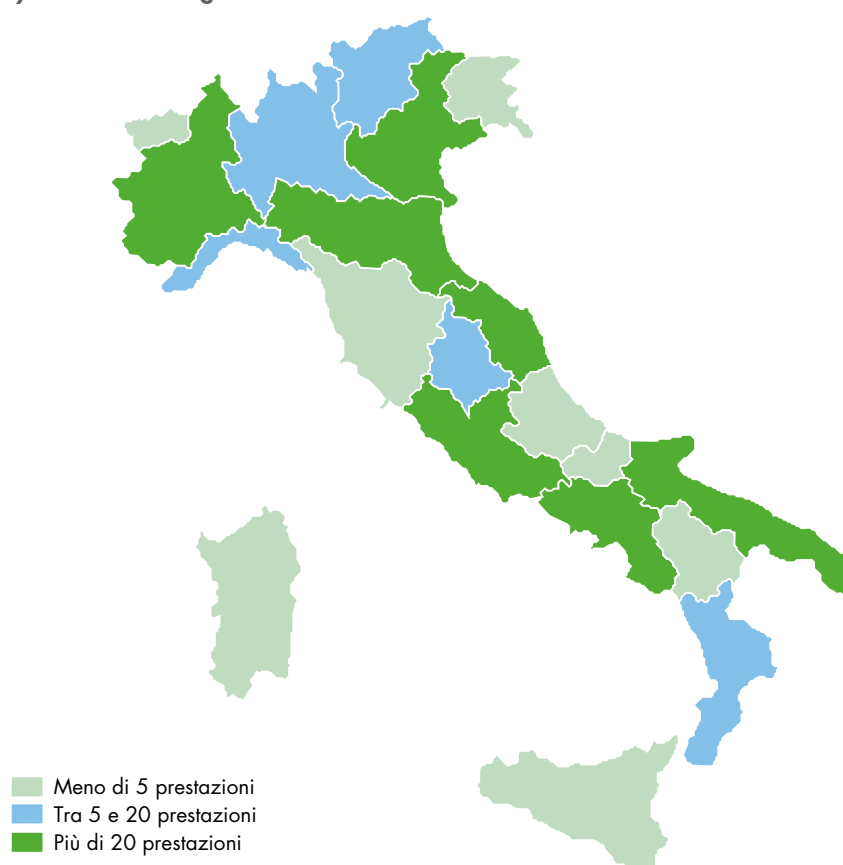
- prestazioni singole di assistenza specialistica ambulatoriale;
- prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale;
- pacchetti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il gruppo più grande di regioni, che abbraccia quasi tutta l'Italia, è indicato con il colore verde scuro ed è costituito da quelle che hanno oltre 150 prestazioni aggiuntive. Le Marche sono la regione con più prestazioni aggiuntive, con 713 prestazioni non incluse nel nomenclatore nazionale. Il secondo gruppo, indicato con il colore azzurro è costituito da Abruzzo, Campania, Sicilia e Valle d'Aosta, regioni in cui è presente un numero di prestazioni compreso tra 50 e 150. Infine, indicato con il colore verde chiaro, troviamo il gruppo di regioni che hanno meno di 50 prestazioni aggiuntive costituito da Calabria, Liguria, Molise, Puglia e Sardegna. La Sardegna è la regione che include il minor numero di prestazioni aggiuntive nel proprio nomenclatore, pari a 21.

4. LE PRESTAZIONI TRASFERITE DA REGIME DI RICOVERO AD AMBULATORIALE

Come abbiamo visto nella prima parte del lavoro, il Patto per la Salute 2010-2012 aggiorna l'elenco di prestazioni incluse nei LEA ma ad alto rischio di inappropriately se erogate in regime di ricovero ordinario, che le regioni sono tenute ad erogare individuando regimi di erogazione che comportano un minor consumo di risorse a parità di beneficio per il paziente. In particolare, nell'allegato B sono indicate le prestazioni ad alto rischio di inappropriately se erogate in regime di ricovero ordinario, individuate mediante il codice DRG e la descrizione. Nell'allegato A sono indicate le prestazioni ad alto rischio di inappropriately se erogate in regime di *day surgery* trasferibili al regime ambulatoriale, individuate mediante il codice ICD-9-CM e la descrizione.

Figura 4 – Numero di prestazioni ad alto rischio di inappropriately in regime di *day surgery* trasferite al regime ambulatoriale



Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

Nella figura 4 in colore verde scuro troviamo le regioni che hanno più di 20 prestazioni trasferite dall'erogazione in regime di ricovero al regime ambulatoriale, tra quelle individuate nell'allegato A al Patto per la Salute¹⁰. Si tratta di Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia e Veneto. Con il colore azzurro sono indicate Liguria, Calabria, Lombardia, Trentino Alto Adige¹¹ e Umbria, ossia le regioni in cui il numero di prestazioni trasferite è compreso tra 5 e 20. Infine, con il colore verde

10. Per individuarle è stata considerata la corrispondenza delle prestazioni incluse nei nomenclatori regionali in termini di codice e di descrizione rispetto a quanto previsto dall'allegato A al Patto per la Salute.

11. Nella figura 4 è stata riportata la media aritmetica del numero di prestazioni trasferite previste nel nomenclatore della provincia autonoma di Bolzano (17) e della provincia autonoma di Trento (4).

chiaro sono indicate tutte le altre regioni che hanno meno di 5 prestazioni trasferite dal regime di ricovero, tra quelle indicate nel Patto per la Salute come trasferibili in regime ambulatoriale.

5. I PACCHETTI DI PRESTAZIONI

Come abbiamo visto nella seconda parte del presente lavoro, non esiste una definizione univoca e uniforme a livello nazionale di pacchetto di prestazioni e, per questo motivo, non è possibile comparare le regioni per questo aspetto. I pacchetti sono gruppi eterogenei di prestazioni specialistiche ambulatoriali che possono essere di tipo terapeutico, riabilitativo e diagnostico. Più in particolare, in alcuni casi, sono previsti pacchetti di prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, come in Campania e Toscana; in altri casi sono previsti pacchetti di prestazioni per la valutazione diagnostica o per il *follow-up* di specifiche patologie, come in Campania, Lazio, Puglia e Sardegna; oppure, in altri casi, sono previsti pacchetti di prestazioni ambulatoriali per la somministrazione di terapie chemioterapiche o di altre terapie ad infusione, come in Lombardia e Piemonte.

Per quanto riguarda la presenza di pacchetti di prestazioni l'Italia si divide in due: le regioni che hanno raggruppato alcune prestazioni in pacchetti remunerati con un'unica tariffa e le regioni che non li hanno introdotti. Nella figura 5 in colore verde scuro sono indicate le regioni che hanno introdotto i pacchetti. Si tratta di Campania, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna e Toscana. In colore verde chiaro, invece, sono indicate tutte le altre regioni, quelle che non li hanno introdotti.

Figura 5 - Presenza di pacchetti di prestazioni



Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

56. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Alla luce di quanto esposto in questa terza parte del lavoro, è possibile osservare che tutte le regioni in Piano di rientro al 31 dicembre 2013 hanno adottato le tariffe massime ministeriali e che, in totale, nove regioni hanno recepito gli importi nazionali e undici hanno mantenuto il sistema tariffario precedente. Inoltre, abbiamo visto che esiste molta variabilità nel numero di prestazioni trasferite al regime ambulatoriale tra quelle individuate dal Patto per la Salute come potenzialmente inappropriate in regime di *day surgery*. Infine, abbiamo visto come solo sette regioni prevedano l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

Nella tabella 26 sono riassunte sinteticamente le informazioni commentate in precedenza e già riportate nelle figure 1, 2, 3, 4 e 5 relative alla presenza di Piani di rientro, al recepimento delle tariffe massime ministeriali, al numero di prestazioni trasferite dal regime di ricovero, al numero di prestazioni aggiuntive rispetto al nomenclatore nazionale, alla presenza di pacchetti di prestazioni.

Tabella 26 – Presenza (✓) o assenza (X) di Piani di rientro, recepimento delle tariffe ministeriali, pacchetti di prestazioni, numero di prestazioni trasferite dal regime di ricovero, numero di prestazioni aggiuntive, secondo la regione

Regioni	Piano di rientro	Tariffe ministeriali	N. di prestazioni trasferite	N. di prestazioni aggiuntive	Pacchetti
Abruzzo	✓	✓	– di 5	Tra 50 e 150	X
Basilicata	X	X	– di 5	+ di 150	X
Calabria	✓	✓	Tra 5 e 20	– di 50	X
Campania	✓	✓	+ di 20	Tra 50 e 150	✓
Emilia Romagna	X	X	+ di 20	+ di 150	X
Friuli Venezia Giulia	X	X	– di 5	+ di 150	X
Lazio	✓	✓	+ di 20	+ di 150	✓
Liguria	X	✓	Tra 5 e 20	– di 50	X
Lombardia	X	X	Tra 5 e 20	+ di 150	✓
Marche	X	X	+ di 20	+ di 150	X
Molise	✓	✓	– di 5	– di 50	X
Piemonte	✓	✓	+ di 20	+ di 150	✓
Puglia	✓	✓	+ di 20	– di 50	✓
Sardegna	X	X	– di 5	– di 50	✓
Sicilia	✓	✓	– di 5	Tra 50 e 150	X
Toscana	X	X	– di 5	+ di 150	✓
Trentino Alto Adige	X	X	Tra 5 e 20	+ di 150	X
Umbria	X	X	Tra 5 e 20	+ di 150	X
Valle d'Aosta	X	X	– di 5	Tra 50 e 150	X
Veneto	X	X	+ di 20	+ di 150	X

Fonte: Dati elaborati dal Centro Studi Assobiomedica su normativa pubblicata al 31.12.2013

CONCLUSIONI

Il presente lavoro si è rivelato utile al fine di descrivere l'assistenza specialistica ambulatoriale nel contesto dei livelli essenziali di assistenza e di descrivere i meccanismi di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale attraverso l'analisi della normativa nazionale e regionale pubblicata al 31 dicembre 2013.

Nella prima parte è stata illustrata l'articolazione dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale analizzando le indicazioni nazionali e l'atto normativo in cui sono state definite le liste di prestazioni per questo campo di assistenza, il nomenclatore tariffario del 1996. In seguito sono stati descritti i sistemi di codifica e di classificazione delle prestazioni e i relativi meccanismi di remunerazione, in base alle previsioni del Decreto Ministeriale del 18 ottobre del 2012.

Nella seconda parte è stato descritto il sistema tariffario vigente per ogni regione in base agli atti normativi pubblicati fino al 31 dicembre 2013. Per ogni regione è stato indicato il nomenclatore tariffario vigente, il numero totale delle prestazioni previste a livello regionale, il numero delle prestazioni incluse nel nomenclatore nazionale e quello delle prestazioni non incluse nel decreto del 1996, le prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale e, per le regioni che lo hanno previsto, i pacchetti di prestazioni per i quali sono previste tariffe uniche.

Nella terza parte sono state messe a confronto le regioni italiane analizzando i sistemi tariffari regionali in chiave comparativa, mettendo in luce le regioni che hanno recepito le tariffe massime ministeriali perché in piano di rientro, i quantitativi di prestazioni incluse nei tariffari regionali ma non incluse nel nomenclatore nazionale, le prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, le regioni che hanno inserito pacchetti di prestazioni per gruppi di prestazioni per i quali hanno previsto una tariffazione unica.

Alla luce di quanto esposto, il quadro che emerge è eterogeneo e complesso. La normativa a livello nazionale richiede una revisione sostanziale dal 2001, anno della definizione dei livelli essenziali di assistenza, se non dal 1996, anno della definizione delle liste di prestazioni del nomenclatore tariffario nazionale. Sebbene le liste non siano state riviste nell'arco di tutti questi anni, le tariffe massime ministeriali hanno visto un aggiornamento nel 2012, con il decreto del 18 ottobre.

Ad oggi, sembra che con il Patto per la Salute 2014-2016 ci siano i presupposti per una revisione dell'intero sistema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ma sarà necessario attendere la fine del 2014 per vedere gli effettivi cambiamenti in questa direzione. A livello regionale il quadro che emerge è alquanto disomogeneo e confuso. Alcune regioni prevedono prestazioni definite a livello regionale mentre altre regioni hanno solo quelle definite a livello nazionale. Tutte le regioni in Piano di rientro hanno recepito le tariffe massime ministeriali e riconoscono solo le prestazioni compatibili con i LEA. Per quanto riguarda le prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, tutte le regioni si comportano in modo differente, prevedendo un numero di prestazioni, codici e descrizioni differenti le une dalle altre. Alcune regioni hanno trasferito prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste dal Patto per la Salute;

le soglie di ammissibilità in regime di ricovero variano da regione a regione e in alcuni casi, come ad esempio in Lombardia per le macro attività chirurgiche a bassa intensità chirurgica – BIC – le soglie risultano nulle. Anche per quanto riguarda la previsione di pacchetti di prestazioni, non esiste una definizione univoca e omogenea sul territorio nazionale e si conferma la frammentazione e la disomogeneità che caratterizza questo livello assistenziale. In conclusione, i prossimi passaggi di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, delle liste di prestazioni a livello nazionale e delle relative tariffe massime ministeriali dovrebbero rappresentare una svolta fondamentale attesa da oltre quindici anni.

BIBLIOGRAFIA

- Agenas (2010) "Prestazioni specialistiche ambulatoriali - Variabilità ed impatto economico dei nomenclatori tariffari regionali al 31 dicembre 2009", Roma: Agenas.
- Arcà S. (2003) "I Livelli essenziali di assistenza", *Tendenze nuove*, 4-5, pp. 355-372.
- Arcà S. (2006) "L'articolazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) in termini organizzativi e di attività" a cura di Falcitelli N., Langiano T., *La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, Bologna: il Mulino, pp. 23-34.
- Arcangeli L., Morandi I. (2010) "Le tariffe nazionali e regionali" *I Quaderni di Monitor*, Roma: Agenas, pp. 60-73.
- Bartoli S., Cantù E. (2009) "Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto", a cura di E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano: EGEA, pp. 221-247.
- Carbone C., Jommi C., Torbica A. (2006) "Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali (Emilia Romagna e Lombardia)", a cura di E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità italiana: Rapporto OASI 2006*, Milano: EGEA, pp. 267-303.
- Glorioso V., Piscopo C., Tamborini V. (2014) "La remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Analisi della normativa nazionale e regionale", *Analisi*, 21, Milano: Centro studi Assobiomedica.
- Ministero della Salute (2007) "Mattone 2 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN", Roma: Ministero della Salute.
- Petrarca G. (2011) "La disomogeneità nei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale tra i servizi sanitari regionali", *Analisi*, 12, Milano: Centro studi Assobiomedica.
- Rebba, V. (2009) "I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?", *Politiche sanitarie*, 10, n. 4, pp. 221-242.

PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA

ANALISI

- | | |
|-------|---|
| N. 0 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Luglio 1995 |
| <hr/> | |
| N. 1 | La manovra finanziaria 1997 - Febbraio 1997 |
| <hr/> | |
| N. 2 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Primo aggiornamento - Maggio 1997 |
| <hr/> | |
| N. 3 | Appalti pubblici di forniture al SSN - Dicembre 1997 |
| <hr/> | |
| N. 4 | La manovra finanziaria 1998 - Febbraio 1998 |
| <hr/> | |
| N. 5 | Lo stato di attuazione della Riforma del SSN. Secondo aggiornamento - Settembre 2000 |
| <hr/> | |
| N. 6 | La manovra finanziaria 2001. Legge di Bilancio di previsione 2001-2003, e avvio del Federalismo fiscale - Febbraio 2001 |
| <hr/> | |
| N. 7 | Cosa attende la Sanità nel triennio 2002-2004 e negli anni successivi - Gennaio 2002 |
| <hr/> | |
| N. 8 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore - Settembre 2003 |
| <hr/> | |
| N. 9 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore. Primo aggiornamento - Aprile 2005 |
| <hr/> | |
| N. 10 | I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Secondo aggiornamento - Giugno 2010 |
| <hr/> | |
| N. 11 | La mobilità sanitaria per la sostituzione della valvola aortica e la neurostimolazione cerebrale - Luglio 2011 |
| <hr/> | |
| N. 12 | La disomogeneità nei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale tra i servizi sanitari regionali - Dicembre 2011 |
| <hr/> | |
| N. 13 | Il Federalismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale - Aprile 2012 |
| <hr/> | |

- N. 14 L'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici - Settembre 2012
-
- N. 15 Prime considerazioni sui prezzi di riferimento pubblicati dall'Avcp in data 1 Luglio 2012 - Ottobre 2012
-
- N. 16 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento - Dicembre 2012
-
- N. 17 L'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Gennaio 2013
-
- N. 18 Primo aggiornamento dell'analisi sull'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Aprile 2013
-
- N. 19 Analisi della normativa sull'accesso ai dispositivi per persone con diabete. Quantitativi, prescrizione e distribuzione di dispositivi medici per l'autocontrollo e l'iniezione di insulina - Novembre 2013
-
- N. 20 Le patologie valvolari. Analisi della mobilità, complessità e appropriatezza - Marzo 2014
-
- N. 21 La renumerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Analisi della normativa nazionale e regionale - Marzo 2014
-
- N. 22 La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Analisi della normativa nazionale e regionale - Luglio 2014
-

GUIDE PRATICHE

- N. 1 Imposta di bollo. Regime degli atti e dei documenti nella fase di acquisizione di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie - Marzo 1998
-
- N. 2 Linee guida per la gestione di consulenze, convegni, congressi degli operatori della Sanità pubblica - Dicembre 1998
-
- N. 3 Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento (D.Lgs. 46/97 e succ. modifiche) - Marzo 1999
-
- N. 4 Direttiva europea 98/79/CE sui dispositivi medici per diagnostica in vitro - Aprile 1999
-
- N. 5 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445: Testo unico in materia di documentazione amministrativa. (Dal documento cartaceo, al documento informatico) - Maggio 2001
-

- N. 6 Dalla Lira all'Euro. Linee guida F.A.R.E., Assobiomedica e Farindustria - Settembre 2001
-
- N. 7 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2002 n. 4445 Testo unico in materia di documentazione amministrativa. Primo aggiornamento. E-procurement le gare elettroniche delle P.A. - Dicembre 2002
-
- N. 8 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici - Marzo 2003
-
- N. 9 La Direttiva 98/79/CE sui dispositivi medico diagnostici in vitro: domande e risposte - Aprile 2004
-
- N.10 Direttiva 2004/18/CE del Parlamento e del Consiglio relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi - Luglio 2004
-
- N.11 I rapporti dell'impresa con gli operatori della Sanità pubblica: convegni, congressi, consulenze, omaggi - Febbraio 2005
-
- N.12 Rifiuti derivanti da apparecchiature elettriche ed elettroniche. Schema di decreto attuativo 2002/96/CE e 2002/95 CE (RAEE & RoHS) - Maggio 2005
-
- N.13 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro. Linee guida desunte dal documento della Commissione europea MEDDEV 2.12-1 rev. 6 (Dicembre 2009) - Gennaio 2011
-

OSSERVATORIO TECNOLOGIE

- N. 1 I dispositivi impiantabili per la Cardiolstimolazione - Ottobre 2002
-
- N. 2 La Chirurgia laparoscopica - Ottobre 2002
-
- N. 3 Protesi ortopediche. Considerazioni sulla regolamentazione, biomeccanica e materiali - Febbraio 2003
-
- N. 4 La prevenzione delle ferite accidentali da aghi e dispositivi taglienti - Aprile 2004
-
- N. 5 Medicazioni e bendaggi - Marzo 2007
-
- N. 6 Tecnologie sanitarie emergenti nel settore dei dispositivi medici - Dicembre 2011
-

STUDI

- N. 1 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie - Settembre 1996
-
- N. 2 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 1997 e anni precedenti - Marzo 1998
-
- N. 3 Osservatorio Prezzi e politiche regionali di "acquisto al prezzo minimo" - Aprile 1998
-
- N. 4 Dispositivi per Stomia - Febbraio 1999
-
- N. 5 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Primo aggiornamento - Giugno 1999
-
- N. 6 Ausili assorbenti per Incontinenza - Maggio 2000
-
- N. 7 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali - Ottobre 2000
-
- N. 8 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Secondo aggiornamento - Ottobre 2000
-
- N. 9 Protesi mammarie esterne - Novembre 2000
-
- N. 10 Dispositivi per Incontinenza e ritenzione - Maggio 2001
-
- N. 11 La Brachiterapia - Maggio 2001
-
- N. 12 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2000 e anni precedenti - Giugno 2001
-
- N. 13 Protesi mammarie esterne - Primo aggiornamento - Giugno 2001
-
- N. 14 Recepimento della direttiva 2000/35/CE e tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Novembre 2002
-
- N. 15 Il Vaccino antiallergico - Gennaio 2003
-
- N. 16 La Dialisi - Marzo 2003
-
- N. 17 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali. Primo aggiornamento - Marzo 2003
-
- N. 18 Il Vaccino antiallergico. Primo aggiornamento. L'immunoterapia allergene specifica - Settembre 2004
-
- N. 19 La crisi finanziaria del Servizio sanitario e i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Marzo 2005
-

- N. 20 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2005 e anni precedenti - Giugno 2006
-
- N. 21 Aghi e siringhe - Febbraio 2007
-
- N. 22 Lancette pungito e aghi penna per insulina - Ottobre 2008
-
- N. 23 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2010 e anni precedenti - Marzo 2011
-
- N. 24 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2011 e anni precedenti - Aprile 2012
-
- N. 25 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2012 e anni precedenti - Marzo 2013
-
- N. 26 Le politiche pubbliche d'acquisto di dispositivi medici - Dicembre 2013
-
- N. 27 Turchia - studio realizzato dall'ufficio di Istanbul dell'ICE-agenzia, su incarico e con la collaborazione di Assobiomedica - Marzo 2014
-
- N. 28 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche e private - Aprile 2014
-

TEMI DI DISCUSSIONE

- N. 1 Spesa sanitaria e mercato delle tecnologie: verso un modello previsionale - Dicembre 1996
-
- N. 2 Le proposte di Confindustria per una nuova Sanità - Settembre 1997
-
- N. 3 Scenari e tendenze per il settore delle tecnologie biomediche e diagnostiche - Ottobre 1997
-
- N. 4 Progetto Sanità Confindustria. Secondo rapporto - Gennaio 1999
-
- N. 5 L'impatto economico dell'evoluzione tecnologica: aspetti di valutazione - Febbraio 1999
-
- N. 6 E-business in Sanità - Marzo 2001
-
- N. 7 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici - Aprile 2001
-
- N. 8 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici. Primo aggiornamento - Ottobre 2002
-

- N. 9 Health Technology Assessment in Europa - Giugno 2003
-
- N. 10 Scenari per il settore della Diagnostica in vitro - Dicembre 2003
-
- N. 11 La Telemedicina: prospettive ed aspetti critici - Marzo 2005
-
- N. 12 Il mercato dei dispositivi medici. Profilo del settore ed aspetti critici. Secondo aggiornamento - Luglio 2006
-
- N. 13 Mappatura dei meccanismi di HTA regionali in Italia - Novembre 2012
-
- N. 14 Il governo dell'innovazione nel settore dei dispositivi medici - Marzo 2014
-
- N. 15 Modelli organizzativi di trasferimento tecnologico - Aprile 2014
-

I dati e le informazioni di cui al presente documento possono essere trascritte da terzi alla condizione che venga citata la fonte:

Glorioso V. e Tamborini V. (2014), La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Analisi della normativa nazionale e regionale. Centro Studi Assobiomedica, Analisi N. 22, Luglio 2014.

ASSOBIO MEDICA CENTRO STUDI

Via Marostica, 1 - 20146 Milano - Tel. 02.34531165 - Fax 02.34592072

E-mail: centrostudi@assobiomedica.it
