

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nomenclatore tariffario e accesso alle prestazioni

ASPETTI GENERALI

Il DPCM 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs n.502*), al Capo III articolo 3, individua la Specialistica Ambulatoriale tra le Aree di intervento del Livello Assistenza Distrettuale.

In particolare, all'art.15 prevede che nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore (allegato 4 al DPCM) e che l'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito diagnostico formulato dal medico prescrittore.

Inoltre, l'art.16 del medesimo decreto pone l'accento sulle prestazioni la cui erogabilità a carico del SSN è subordinata alla sussistenza di condizioni o indicazioni di erogabilità in merito allo stato clinico o personale del paziente, alla finalità della prestazione, alla tipologia di medico prescrittore, all'esito di accertamenti pregressi.

L'allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017 descrive il contenuto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che l'ambulatorio/laboratorio del Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto ad erogare all'assistito cui la prestazione è destinata e, quando possibile, indica all'erogatore le procedure incluse nella prestazione o quelle escluse.

La descrizione tecnica delle singole prestazioni ha lo scopo di precisare i contenuti specialistici cui il paziente ha diritto e che l'erogatore è tenuto a garantire e deve essere coerente con i fattori che concorrono alla costruzione della tariffa.

Il nomenclatore della Specialistica ambulatoriale, per poter essere utilizzato dalle Aziende Sanitarie come strumento amministrativo per l'erogazione di prestazioni nell'ambito dei LEA deve essere completo delle informazioni relative alla tariffa associata ad ogni singola prestazione, tariffa che copre l'intero contenuto prestazionale esplicitato nella definizione.

Il nomenclatore Tariffario è infatti utilizzato a riferimento per la definizione dei budget ed il rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, è utilizzato per gli scambi di mobilità intraregionale tra le diverse aziende USL e Ospedaliere ed è inoltre lo strumento sul quale si basano gli scambi di mobilità interregionale come prevede l'Accordo Interregionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria approvato annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni.

Ne deriva che il nomenclatore per essere vigente ai fini dell'erogazione di prestazioni nei LEA non può prescindere dalla definizione di una tariffa, come esplicitato anche dall'art 64 del DPCM 12 gennaio 2017 - Norme transitorie e Finali - comma 2 che infatti vincola l'entrata in vigore dell'allegato 4 all'emanazione delle relative tariffe.

La definizione di cosa sia *l'Assistenza specialistica ambulatoriale* è stata data per la prima volta dal documento conclusivo delle attività del gruppo di lavoro interno al Progetto "Mattoni del SSN". Secondo tale definizione, l'assistenza specialistica ambulatoriale consiste di prestazioni:

- destinate alla diagnosi o al trattamento di una patologia, sulla base di un sospetto diagnostico o di una diagnosi formulati a seguito di un "problema/quesito clinico" attuale o pregresso, ovvero alla riabilitazione di una funzione lesa;

- che esauriscono la loro finalità diagnostica, terapeutica o riabilitativa al momento dell'esecuzione ancorché possano essere inserite in un percorso clinico complesso e prolungato nel tempo (ad es. PDTA);
- incluse tassativamente nell'elenco correlato allo specifico Livello essenziale di assistenza (allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 e precedente dm 22 luglio 1996);
- associate ad un codice univoco.

Le modalità di erogazione delle prestazioni devono rispondere alle regole definite dalle norme in vigore per questa area di assistenza. In particolare, le prestazioni devono essere:

- fornite da strutture appositamente accreditate per l'erogazione di assistenza specialistica ambulatoriale;
- prescritte su ricetta del SSN (cartacea/dematerializzata);
- erogate dal medico specialista che firma il referto, o sotto la sua responsabilità (nel caso delle prestazioni eseguite da operatori sanitari non medici);
- soggette alle norme di compartecipazione alla spesa ovvero al pagamento della quota di partecipazione al costo salvo che per gli esenti;
- inserite nel flusso ex art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003 e successive modifiche e nel flusso ricetta Dematerializzata.

Prescrizione del SSN:

La prescrizione del SSN è lo strumento con cui vengono prescritte prestazioni sanitarie a totale o parziale carico del Servizio sanitario nazionale, ed è utilizzabile in particolare per:

- farmaci,
- prestazioni di specialistica ambulatoriale
- proposte di ricovero
- Cure termali

La Legge 531/1987 all'art. 2, comma 1, stabilisce che per l'erogazione di prestazioni poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale occorre impiegare il ricettario standardizzato del SSN il cui utilizzo è riservato esclusivamente ai medici dipendenti o in regime di convenzione con il SSN, nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali.

Con legge 8/1990 (di conversione del DL 382/1989) si è introdotta la compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni specialistiche e la ricetta SSN è lo strumento che consente di tracciare e regolare le modalità di compartecipazione alla spesa, il decreto stabilisce infatti che prestazioni afferenti a branche diverse devono essere prescritte su ricette separate fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca.

Successivamente la Legge 724/94 ha integrato questa disposizione prevedendo che per le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ogni ricetta non possa contenere più di sei tipi di prestazioni e per ciascun tipo di prestazione il numero massimo di sedute è di dodici.

Il D.Lgs 502/92 chiarisce che le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono erogate dal SSN con partecipazione al costo da parte dei cittadini (ove prevista) o a titolo gratuito.

Con Legge 537/93 (legge finanziaria) è stata ribadita la compartecipazione da parte di tutti i cittadini alla spesa sanitaria (ticket) per la specialistica ambulatoriale, fino ad un tetto massimo di 36,15 euro per ricetta.

La legge n. 449 del 27/12/1997 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica) all'art.35 c.3 conferma che le prescrizioni di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca, ma introduce una modifica per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli fatte salve specifiche patologie individuate con apposito decreto del Ministro della sanità.

Il Decreto Ministeriale 329/1999 (Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti (..)) all' art.3 c.2 prevede che ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione dalla partecipazione e di altre prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

La Legge 326/03 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), all'art.50 *Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie*, ha definito il modello di ricettario medico standardizzato e di ricetta medica a lettura ottica, stampato dalla zecca dello stato e distribuito, con una sistema interamente tracciabile, ai medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni. Ogni ricetta contiene un codice a barre univoco che deve essere registrato e tracciato fino all'erogazione finale della prestazione, congiuntamente al Codice Fiscale dell'assistito.

Il Decreto Ministeriale 17 marzo 2008 (Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale) definisce le caratteristiche del ricettario e ne prevede l'utilizzo per l'erogazione di prestazioni sanitarie:

- a carico SSN presso strutture a gestione diretta o accreditate (art. 1, comma 1);
- agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale (art. 1, comma 2);
- a carico del Ministero della salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (art. 1, comma 3).

Il Decreto Ministeriale 2 novembre 2011 (Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)) ha previsto la dematerializzazione della ricetta medica, istituendo un flusso che traccia le prescrizioni dal momento della loro generazione fino al momento dell'erogazione a carico SSN. Il medico prescrittore, al momento della generazione della ricetta elettronica secondo quanto indicato nel disciplinare tecnico, invia al Sistema di accoglienza centrale (SAC) tutti i dati della ricetta, che saranno sottoposti ad una prima verifica di completezza. A fronte dell'esito positivo di questa verifica questa viene considerata spendibile, può essere stampato il promemoria e la prestazione può essere erogata. La struttura di erogazione sulla base delle informazioni di cui al promemoria reso disponibile dall'assistito, inerenti l'NRE della prescrizione e il codice fi scale dell'assistito titolare della medesima prescrizione, preleva dal SAC, i dati della relativa prestazione da erogare, comprensivi dell'indicazione dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria e le informazioni relative alla prestazione erogata sono inviate nel medesimo flusso.

Infine, il DPCM 12 gennaio 2017 all'art. 15 c.1 ha previsto che l'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore, pertanto la compilazione di tale campo sulla ricetta è diventata vincolante.

L'evoluzione delle norme che hanno portato alla diffusione della ricetta, prima in formato cartaceo ed ora in formato elettronico, hanno richiesto parallelamente l'adeguamento di tutta la rete dei sistemi che intervengono nel governo dell'accesso alla specialistica ambulatoriale (applicativi di cartella clinica di medici di base e specialisti, sistema CUP, Anagrafi, sistemi di erogazione e rilevazione, sistemi di pagamento) e hanno reso sempre più rilevante la presenza di informazioni strutturate e codificate che consentano di generare comportamenti e modalità operative uniformi sul tutto il territorio nazionale.

Le prestazioni erogate a carico del SSN non possono essere prescritte da medici che operano in strutture private seppure accreditate; tuttavia, vi sono diversi provvedimenti regionali che prevedono la possibilità di procedere al completamento dell'iter diagnostico terapeutico per il paziente che si rivolge a queste strutture, o attraverso l'uso della ricetta SSN (Dema o Cartacea) o attraverso modulistiche interne regionali. A tal proposito si rileva l'opportunità di prevedere strumenti di prescrizione anche per questi specialisti, in particolare ad esempio l'uso della ricetta dematerializzata, su cui è possibile attuare un presidio ed una verifica puntuale rispetto all'aderenza alle indicazioni di appropriatezza nazionali e regionali. Ciò è importante affinché anche le strutture private possano a tutti gli effetti essere parte del sistema dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito SSN.

Talvolta, vi sono situazioni in cui, in fase di erogazione, la cui specifica procedura prevede una prestazione diversa da quella indicata in prescrizione (es. la endoscopia con biopsia a fronte di una prescrizione di endoscopia semplice), in questi casi quindi la prestazione richiesta può essere sostituita in fase di erogazione mantenendo la medesima impegnativa. In questo caso, la prestazione erogata a fronte di quella precedentemente prescritta dovrà essere inviata dall'erogatore nel flusso della ricetta dematerializzata (parte Erogato) se si tratta di ricetta dematerializzata, oppure rendiconta tramite il flusso ex art. 50.

La sostituzione della prestazione sulla ricetta da parte dell'erogatore è consentita solo per prestazioni della stessa branca specialistica e in misura di 1 prestazione/1 prestazione, sono escluse, per il flusso "ricetta Dematerializzata", le prestazioni prescritte al di fuori della regione di erogazione.

Il ticket, se dovuto, deve corrispondere a quello calcolato sulla base della prestazione effettivamente erogata.

Nessuna norma, inoltre, dispone la necessità di suddividere più prestazioni su ricette diverse in relazione a quale sarà la struttura di erogazione, è evidente infatti che a fronte di prescrizione di due o più prestazioni il ticket non può essere aumentato in relazione alla disponibilità o meno di appuntamenti sulla stessa struttura. A ciò si aggiunge che in fase di richiesta, il medico prescrittore non è tenuto a conoscere la disponibilità erogativa dell'azienda presso cui si rivolgerà il cittadino, sarebbe quindi impossibilitato ad una redazione della ricetta che tenga conto della struttura di erogazione.

Pertanto, le prestazioni, se della stessa branca, devono essere contenute su unica ricetta da cui viene calcolato il ticket. Nel caso poi l'erogazione avvenga su strutture diverse, sarà onere delle Aziende sanitarie, prevedere strumenti per gli scambi economici conseguenti

In considerazione della normativa vigente, per le prestazioni della branca di medicina fisica e riabilitativa non vi sono impedimenti, alla prescrizione contemporanea, nella stessa ricetta, di prestazioni "a ciclo" e prestazioni "non a ciclo".

Per quanto concerne la possibilità di indicare la stessa prestazione (medesimo codice Nomenclatore) più volte sulla ricetta, si precisa quanto segue.

- Le prestazioni afferenti alla branca di Medicina fisica e riabilitazione sono prescritte fino a 3 cicli nella stessa ricetta. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia che attesti l'efficacia del trattamento riabilitativo anche in coerenza con l'eventuale PRI; in ogni caso, si precisa che il vincolo di prescrivibilità "fino a 3 cicli" riguarda ciascuna ricetta e non un arco temporale, per cui la stessa prescrizione può essere ripetuta, con diversa ricetta, nel corso di un anno.

Tuttavia, alcune Regioni hanno ritenuto di contenere il ricorso alle prestazioni di riabilitazione, spesso inutili per molte malattie croniche, introducendo un limite temporale alla ripetizione delle prescrizioni.

- Le prestazioni a ciclo che non afferiscono alla branca di Medicina fisica e Riabilitazione, vengono prescritte in conformità a quanto previsto per tutte le prestazioni specialistiche e quindi la ricetta può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica. Se ciascuna prestazione è composta da "n" sedute, ciascuna prestazione verrà moltiplicata per il numero di sedute. Per esempio, per la prestazione 39.95.2 "EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD

ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute” possono essere prescritte fino a 8 prestazioni da 13 sedute ciascuna ovvero 104 sedute in totale.

- Le prestazioni terapeutiche, quali ad esempio le medicazioni, le infiltrazioni intrarticolari, la terapia a luce ultravioletta (PUVA), per loro natura possono avere necessità di essere ripetute anche a breve distanza di tempo pertanto possono essere inserite con lo stesso codice nomenclatore fino al numero massimo di 8 sulla stessa ricetta;
- Le prestazioni diagnostiche possono avere necessità di essere ripetute nell’ambito del monitoraggio di una patologia, pertanto, si ritiene che in presenza di esenzione per malattia cronica, malattia rara o invalidità queste possano essere prescritte con lo stesso codice nomenclatore fino al numero massimo di 8 sulla stessa ricetta perché questo non comporta una modifica della compartecipazione alla spesa.

Accesso senza prescrizione del SSN:

L’ACN e l’art 16, comma 3 del DPR n. 271/2000, consente l’accesso diretto per le seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l’assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile, salvi i casi di urgenza per i quali l’accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

Alla luce delle norme che regolano l’accesso alla specialistica ambulatoriale, in particolare in materia di partecipazione alla spesa, esenzioni, prenotazione (si veda l’intesa della Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010 “Sistema CUP- Linee guida nazionali”) e flusso ricetta dematerializzata, si ritiene che tale indicazione non sia applicabile al setting specialistico in senso stretto, per il quale la redazione dell’impegnativa è determinante ai fini del calcolo del ticket e all’applicazione di eventuali esenzioni (onere del medico e non di personale amministrativo), è vincolante ai fini prenotativi e al fine di rilevazione nel flusso ricetta Dematerializzata. È da escludere inoltre la possibilità dell’autoprescrizione (ovvero della prescrizione fatta dal medico erogante) in considerazione del fatto che gli erogatori privati accreditati sono impossibilitati a prescrivere.

L’indicazione dell’ACN si intende quindi applicabile al setting consultoriale e della NPIA per le prestazioni dell’area ginecologica, psichiatrica e neuropsichiatrica ed al pronto soccorso per le urgenze.

In tutti gli altri casi è richiesta prescrizione del SSN.

PRESTAZIONI EROGATE NELL'AMBITO DI AREE O LIVELLI DI ASSISTENZA DIVERSI

Fatte tali premesse, l'applicazione delle regole sopra indicate consente di differenziare le prestazioni che appartengono al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale da quelle di contenuto simile (o addirittura identico) erogate nell'ambito di livelli di assistenza diversi.

In dettaglio:

1. le prestazioni diagnostiche eseguite nell'ambito di un programma di **screening** nazionale, regionale o aziendale, finalizzate alla diagnosi precoce di malattie oggetto del programma, afferiscono all'area della prevenzione. Per queste prestazioni, richieste per finalità di prevenzione e non per verificare un sospetto di patologia, non è prevista la prescrizione SSN, non è richiesto il pagamento del ticket e non è prevista la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata. Sono incluse nel livello della prevenzione le ulteriori prestazioni che portano alla **conferma diagnostica** (comunemente considerate di "prevenzione secondaria") quando siano eseguite in seguito allo screening di primo livello del programma.

Viceversa, afferiscono all'assistenza specialistica ambulatoriale le stesse prestazioni diagnostiche (in particolare la mammografia, l'esame citologico e la colonscopia) erogate ad assistiti individualmente indirizzati dal medico con finalità di diagnosi precoce, in quanto appartenenti a fasce di età o a categorie a rischio ai sensi dell'art. 85, comma 4, della L. 388/2000 - codice di esenzione D (D02, 03, 04 e 05) quindi prescritte su ricetta del SSN;

2. le prestazioni erogate presso i **Consultori** non afferiscono all'Assistenza specialistica ambulatoriale. Per tali prestazioni non è richiesto il pagamento del ticket e non è prevista la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata. Infatti, il consultorio familiare è un servizio territoriale di base, orientato alla prevenzione, alla formazione, all'informazione e all'educazione sanitaria, la cui attività di diagnosi e cura di "prima istanza" si inserisce in una "presa in carico globale" degli assistiti, integrata con l'attività dei distretti, degli ospedali e dei servizi degli enti locali. Alle attività del consultorio si accede senza prescrizione (accesso diretto).

Quando il consultorio è appositamente accreditato dalla Regione come soggetto erogatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, può fornire le stesse prestazioni per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea". In tal caso, per le prestazioni è richiesto l'accesso mediante prescrizione del SSN, la partecipazione al costo se il paziente non è esente e le prestazioni sono rilevate nei flussi dell'assistenza specialistica (ex art. 50/ricetta dematerializzata).

3. le visite o le altre prestazioni strettamente collegate a un episodio di **ricovero**, erogate prima del ricovero già fissato/programmato a carico della stessa struttura che lo eseguirà, appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera, come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18). Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero le prestazioni erogate "a completamento" del ricovero (es. visita di controllo, rimozione di punti di sutura, medicazione della ferita chirurgica, rimozione di apparecchio gessato), indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio dell'ospedale di norma entro 30 gg dalla dimissione. Tali prestazioni sono comprese nella tariffa del DRG.

4. Le visite programmate di monitoraggio successivo alla **dimissione** e oltre i 30 gg. sono invece di assistenza specialistica ambulatoriale anche nel caso in cui dovessero dare luogo ad un nuovo ricovero;

5. le prestazioni specialistiche erogate a **domicilio** sono afferenti al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale quando non sono incluse nel Progetto di assistenza individuale (PAI), ma sono effettuate in modo estemporaneo, per un problema insorgente del paziente non trasportabile. In questi casi, le prestazioni devono essere richieste su ricetta del SSN e registrate nel flusso informativo art. 50/ricetta dematerializzata. Viceversa, se la prestazione specialistica è prevista nel PAI e si riferisce al trattamento/monitoraggio

programmato di una malattia (oncologica, neurodegenerativa, ecc.) la prestazione rientra nel livello delle cure domiciliari. Se alla visita specialistica consegue una rielaborazione del PAI, le prestazioni erogate in seguito a tale modifica fanno parte delle cure domiciliari e non sono da considerarsi assistenza specialistica ambulatoriale. Non rientrano nell'assistenza specialistica ambulatoriale le valutazioni multidimensionali necessarie all'individuazione del *setting* assistenziale, né le visite domiciliari programmate (ADP) del medico di medicina generale;

6. Le prestazioni per le cure palliative domiciliari non costituiscono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale quando sono rese nell'ambito di un Progetto di assistenza individuale (PAI) definito in seguito a valutazione multidimensionale e presa in carico da parte dei Servizi della Rete di cure palliative.

7. le prestazioni erogate dai SERD alle persone con dipendenze patologiche (art 28 capo IV del DPCM 12 gennaio 2017), inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze (tra cui la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative) non afferiscono all'assistenza specialistica ambulatoriale. Inoltre, non sono assistenza specialistica ambulatoriale le prestazioni che il SERD dispone per il controllo periodico del consumo di sostanze da parte degli assistiti, in seguito alla loro presa in carico, anche se erogate da laboratori esterni allo stesso SERD. Qualora, invece, un problema clinico insorgente indichi la necessità di altre prestazioni specialistiche, il medico del SERD le prescrive con ricettario del SSN in modo che il cittadino possa usufruirne presso i laboratori/ambulatori accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale. Quando il SERD è appositamente accreditato dalla Regione come soggetto erogatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, può fornire le stesse prestazioni, per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea". In tal caso, per le prestazioni è richiesto il pagamento del ticket e la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata;

8. rientrano nell'assistenza specialistica le prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico rese a pazienti assistiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti (art. 30 DPCM LEA 2017) e per persone con disabilità (art.34 DPCM LEA 2017), quando sono effettuate in modo estemporaneo sulla base della valutazione clinica in presenza di una necessità insorgente e comunque non riconducibile all'assistenza di base. In questi casi, le prestazioni devono essere richieste su ricetta del SSN e registrate nel flusso informativo ex art. 50/ricetta dematerializzata e possono essere erogate all'ospite anche direttamente presso la struttura residenziale di appartenenza ovvero, dove applicabile, anche a distanza (telemedicina). Diversamente non sono afferenti al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale quando sono effettuate nell'ambito della programmazione degli interventi contenuti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI) che viene predisposto sulla base dei bisogni degli assistiti. In ogni caso, non rientrano nell'assistenza specialistica ambulatoriale le valutazioni multidimensionali necessarie all'individuazione del *setting* assistenziale appropriato e del livello di fragilità dell'assistito;

9. le prestazioni rese nell'area dell'assistenza sanitaria territoriale (capo IV art.24, 25 e 26 del DPCM 12 gennaio 2017) per la diagnosi e la presa in carico delle persone con disturbi mentali e dei minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo erogate dai servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile non appartengono all'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Per tali prestazioni non è richiesta la prescrizione né il pagamento del ticket. Quando tali servizi sono appositamente accreditati dalla Regione come erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, possono fornire le stesse prestazioni per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea" dell'assistito. In questo caso, per le prestazioni è richiesta la partecipazione alla spesa se dovuta e la rendicontazione nei flussi ex art. 50 e ricetta Dematerializzata;

10. le prestazioni erogate in **Pronto soccorso (PS)** (art.37 Capo V del DPCM 12 gennaio 2017), incluse le prestazioni di Osservazione breve intensiva (OBI), non sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ma fanno parte del livello di assistenza ospedaliera. Tali prestazioni non sono registrate nel flusso ex art. 50;
11. le attività svolte da personale delle **professioni sanitarie non mediche** (come ad es. prestazioni infermieristiche, dei terapisti della riabilitazione, colloqui con le dietiste ed elaborazione della dieta, medicazioni, somministrazione di farmaci), sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale se erogate in un ambulatorio accreditato, sotto la responsabilità del medico specialista che rilascia il referto. Queste devono pertanto essere inviate nel flusso ex art.50 /ricetta dematerializzata. Invece, anche se presenti nel nomenclatore, le prestazioni effettuate da infermieri e non refertate (es. monitoraggio ECG) ma visionate dal MMG nell'ambito della presa in carico di pazienti cronici, non fanno parte dell'assistenza specialistica ambulatoriale.
12. le prestazioni di iniezione o infusione di farmaci **erogate dal MMG** non sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ma rientrano tra le prestazioni di particolare impegno professionale (PIP) e come tali non sono soggette a ticket. Analogamente anche le prestazioni diagnostiche erogate dai MMG o da infermieri della casa della salute nell'ambito di programmi di presa in carico e sorveglianza di pazienti cronici, non afferiscono alla specialistica ambulatoriale e non prevedono ricetta SSN e ticket. Questa attività non prevede un referto specialistico, quindi, non rientra nel setting ambulatoriale.
13. Le prestazioni di laboratorio finalizzate al **giudizio di idoneità fisica** per l'accesso a concorsi o tirocini formativi, non avendo finalità clinico-terapeutiche ma medico-legali per interesse privato, sono a carico del richiedente e non possono essere prescritte su ricetta del SSN. Le Regioni autorizzano i propri laboratori all'erogazione di tali prestazioni ai richiedenti come "Paganti in proprio" applicando le tariffe individuate dalle Aziende Sanitarie.
14. La visita e le prestazioni rese per il rilascio delle certificazioni di idoneità alla **pratica sportiva** (agonistica e non agonistica) non costituiscono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e sono erogate senza oneri quando erogate in favore di minori e disabili di ogni età (DPCM 12 gennaio 2017, allegato 1, lettera F, punto F5 - *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*).
Prestazioni specialistiche richieste dal medico dello sport per approfondimenti ulteriori rispetto a quelli previsti per il rilascio del certificato oppure per l'accesso all'Attività fisica adattata devono essere prescritti su ricetta del SSN e rendicontati nei flussi ex art.50/ricetta dematerializzata.
15. Le Prestazioni richieste nell'ambito dell'attività certificativa medico legale per la **disabilità** o richieste da commissioni per il rilascio di **patenti** rientrano nel Livello della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica se rispondono a quanto previsto dall'allegato 1 Punto G del DPCM 12 gennaio 2017 (attività medico legali per finalità pubbliche), che in particolare al punto G2 che prevede anche la formulazione di pareri su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti, incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio. Le prestazioni specialistiche richieste ed eseguite per certificazioni che hanno invece finalità privata (es. rinnovo patente). Si ricorda che l'art. 330 comma 6 del programma attuativo del codice della strada prevede che la commissione può avvalersi di singoli consulenti oppure di istituti medici specialistici appartenenti a strutture pubbliche, con onere a carico del soggetto esaminato.
16. Le prestazioni incluse in progetti di **sperimentazione e ricerca**, proposti da Ministeri, Regioni/PA, case farmaceutiche o altri soggetti privati non sono da considerare attività di specialistica ambulatoriale, non sono soggette a compartecipazione alla spesa ed i relativi costi vengono coperti dagli enti promotori. La

rilevazione avviene secondo le modalità stabilite ad hoc dagli enti promotori e finanziatori es. Ministero Salute, Regioni/PA, ASL

DEFINIZIONE DELLE VOCI RIPORTATE NELLA LEGENDA ALL'ALLEGATO 4 DEL DPCM 12 GENNAIO 2017

Incluso: la voce “incluso” è riferita a prestazioni “complesse” e indica le attività o procedure comprese nella prestazione che devono essere erogate nel corso della stessa.

Escluso: la voce “escluso” indica che le procedure che seguono tale termine non sono comprese nella prestazione descritta. In questo caso, le ulteriori prestazioni non comprese in essa possono essere eseguite nel corso della stessa prestazione qualora emergesse la necessità; di conseguenza, possono essere registrate in aggiunta, utilizzando la corretta codifica.

La prescrizione potrà avvenire sia in associazione con la prima prestazione qualora il richiedente ne preveda già la necessità, sia in fase di erogazione, qualora avvenga in ambulatorio specialistico autorizzato all'uso del ricettario. In quest'ultimo caso la prescrizione di una prestazione aggiuntiva da luogo al pagamento di un nuovo ticket da parte del cittadino.

Incluso/escluso farmaco:

In generale, per tutte le prestazioni che prevedono l'utilizzo di un farmaco, questo deve essere sempre reperito dall'ambulatorio erogante e non dall'assistito. Ne deriva che la precisazione incluso/escluso farmaco è riferita alla tariffa della prestazione. Più precisamente di norma le prestazioni del nomenclatore ricomprendono nella tariffa anche il costo del farmaco, mentre in alcuni casi esso è escluso pertanto è precisato nella descrizione. Ciò accade ad esempio quando la variabilità del costo del farmaco utilizzato è troppo elevata e non consente la definizione di una tariffa univoca. In questi casi quindi la rendicontazione del farmaco avverrà separatamente attraverso i flussi informativi ad hoc.

Non associabile: definisce le prestazioni identificate con diverso codice del nomenclatore che non possono essere prescritte ed erogate contemporaneamente a una prestazione. Sulla non associabilità di queste prestazioni è possibile il controllo sul Sistema di Accoglienza centrale (SAC). In particolare, il SAC dovrebbe prevedere l'impossibilità di prescrivere due prestazioni non associabili sulla stessa ricetta e nell'ambito della stessa giornata.

Branca specialistica: l'articolazione delle prestazioni in branche specialistiche ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano le modalità di compilazione della ricetta (legge n. 8 del 1990: massimo di otto prestazioni della medesima branca specialistica sulla stessa ricetta) e la partecipazione al costo da parte degli assistiti (legge n. 537 del 1993: somma delle tariffe delle prestazioni prescritte sulla ricetta fino al limite di 36,15 euro). L'articolazione in branche non limita né condiziona in alcun modo l'attività dei professionisti, dipendenti o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la cui attività è determinata dai rispettivi contratti di lavoro, collettivi e individuali. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.

Altre: in conformità a quanto sopra, il raggruppamento “altre” ha la funzione di consentire che le prestazioni in esso incluse siano prescritte nella stessa ricetta insieme a prestazioni “complementari”, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate. In tale caso, la prestazione prescritta deve essere considerata come appartenente alla branca delle prestazioni “complementari”. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'ambito di cura.

Nota H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure *funzionalmente collegati* a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura. Il prossimo aggiornamento dell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 sostituisce il testo esplicativo della nota H in tal senso.

Nota R: indica che la prestazione può essere erogata *esclusivamente* in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione

Nota H R: quando le note H e R sono presenti contemporaneamente, significa che la prestazione può essere erogata *esclusivamente* in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione tra quelli situati presso strutture di ricovero o ad esse funzionalmente collegati.

Nota MR: per le prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è prioritariamente/specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale. .

Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico o riabilitativo.

È da considerarsi prima visita anche quella prescritta da uno specialista che per completare una diagnosi necessita del parere di specialista di altra disciplina,

Si tratterà di una Prima visita anche nel caso in cui insorga un nuovo problema clinico o compaia un sintomo/segno verosimilmente non correlato alla malattia/condizione di base già diagnosticata, ovvero relativo ad una evoluzione imprevista della patologia cronica, o nel caso in cui lo stesso specialista che segue il paziente ritenga necessaria una valutazione da parte di uno specialista di disciplina diversa da quella attinente alla malattia di base (ad esempio, ad un paziente iperteso al quale, in sede di monitoraggio, venga rilevato un persistente valore anomalo della glicemia, potrà essere prescritta una prima visita diabetologica). Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati), pertanto, l'assistito esente ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.

Da ciò deriva pertanto che in caso di prima visita resa necessaria da una riacutizzazione di malattia cronica o nuovo problema clinico correlata alla patologia da cui il paziente è affetto, si utilizza il codice 89.7 (e derivati) solo nel caso in cui il paziente non possieda alcuna esenzione per patologia cronica, perché nel caso in cui invece sia esente occorre utilizzare il codice 89.01 (e derivati)

In qualunque caso queste visite devono poter essere prescritte utilizzando il "Tipo accesso 1 – primo accesso" e la classe di priorità più opportuna, sia per i codici 89.7 (e altri codici dettagliati) che per i codici 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati).

Inoltre, le visite di controllo (codici 89.01) non sono tra le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa. Queste ultime, quindi, solo per pazienti esenti per patologia devono essere considerate analoghe alle prime visite per i casi di riacutizzazione laddove sia necessaria una rivalutazione e prevenire il rispetto degli standard dei tempi di attesa previsti per le prime visite.

Tale vincolo è imposto dalla normativa attualmente in vigore, in particolare la circolare 13 del Ministero della Salute del 13 dicembre 2001 prevede che:

La prestazione 89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima", come definita dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, corrisponde alla visita specialistica di controllo. Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati)

Pertanto, l'assistito esente ai sensi del D.M. n. 329/1999 e successive modifiche ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.

Visita a completamento della prima (89.02): nella visita a completamento della prima (ad esempio visione referti prestazioni successive alla prima visita), richiesta ed erogata dallo stesso specialista o equipe che ha effettuato la prima, viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica. Il percorso diagnostico, che si concluderà con una eventuale nuova diagnosi e una eventuale nuova terapia, potrà esaurirsi nella Prima visita (89.7 e codici derivati) o in una Visita a completamento della prima visita (89.02).

Visita di controllo: nella Visita di controllo (89.01 e codici derivati) un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente affetto da patologia cronica) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Si intende incluso nella visita di controllo anche il rinnovo del piano diagnostico-terapeutico o riabilitativo. È una visita di controllo la visita effettuata per i controlli periodici di pazienti in carico per patologie croniche che ne richiedano il monitoraggio, il problema clinico/sintomo è valutato e viene aggiornata la documentazione e/o la terapia. La prescrizione di visita di controllo deve essere effettuata utilizzando il “Tipo Accesso 0 – altro accesso” indicando il tempo entro cui deve essere effettuata. .

Invece la visita che si rende necessaria in caso di nuovo problema clinico (anche correlato o dipendente dalla malattia/condizione di base) o nel caso di riacutizzazione della stessa malattia nota è una prima visita (come sopra descritto – vedi quanto riportato nel paragrafo Prima Visita).

Visita multidisciplinare (89.07 e 89.07.A): nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti (almeno 2). Tale visita non è associabile alle visite specialistiche singolarmente codificate e deve essere valorizzata e rendicontata una sola volta, indipendentemente dal numero degli specialisti coinvolti;