

DM di individuazione delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva

In generale:

il decreto ministeriale riguarderà **180 prestazioni** di specialistica ambulatoriale su oltre 1700 contenute nel vigente nomenclatore (dm 22 luglio 1996) per le quali vengono proposti due tipi di vincolo:

1. CONDIZIONI DI EROGABILITA' - Definiscono limiti e modalità di erogazione. Indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del SSN è limitata a specifiche categorie di destinatari, e/o per particolari finalità, condizioni o indicazioni cliniche.

2. INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - Definiscono i casi in cui la prestazione risulta prioritariamente utile e appropriata. Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle Asl/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema.

Contrariamente a quanto apparso su alcuni organi di stampa, NESSUNA LIMITAZIONE/INDICAZIONE E' STATA PROPOSTA PER LE VISITE SPECIALISTICHE

Nello specifico i livelli di appropriatezza riguardano:

A) PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA: già il d.lgs. 1992 prevedeva che sono erogabili a carico del Ssn "i programmi di tutela della salute odontoiatrica **nell'età evolutiva** e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di **particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale)**". Tutte le Regioni hanno dato seguito a questa previsione e identificato autonomamente le condizioni di erogabilità. Il dm si limita a omogeneizzare le condizioni già applicate definendo esplicitamente i criteri utilizzati e specificando per ciascuna prestazione quali sono i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari, vulnerabili per motivi sociali), lasciando comunque alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di ISEE che discriminano la vulnerabilità sociale. Le prestazioni di odontoiatria interessate sono 35/180 (20% circa)

B) PRESTAZIONI DI GENETICA: si tratta di prestazioni molto onerose che vengono prescritte da specialisti ed eseguite una sola volta nella vita. Nel decreto saranno **riservate alla diagnosi di specifiche malattie genetiche definite in un elenco a parte**. Ciò significa che non sarà più possibile prescrivere per una generica mappatura del genoma o a fini di ricerca. Le prestazioni di genetica interessate sono 53/180 (30% circa) e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della Società italiana di genetica umana (SIGU).

C) PRESTAZIONI DI ALLERGOLOGIA: si prevede che alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica

LABORATORIO: il provvedimento riguarda:

1. alcune prestazioni di basso costo (il cui importo spesso è già coperto dall'assistito non esente col ticket) per le quali vengono descritte condizioni di erogabilità (non si possono prescrivere per generici "follow-up" ma solo in base a precise indicazioni cliniche). In particolare il dm prevede che

"in assenza di qualsiasi fattore di rischio" (familiarità, ipertensione, obesità, diabete, cardiopatie, iperlipemie ecc)il colesterolo ed i trigliceridi siano ripetuti ogni 5 anni

2. prestazioni specifiche per la diagnosi ed il monitoraggio di specifiche patologie (es test del sudore per la fibrosi cistica)

E) TAC E RMN. Si tratta di prestazioni di costo medio/elevato, per le quali si indicano puntualmente le condizioni di erogabilità appropriate, comprensive di un punteggio (da 0 a 10) che indica il livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica nazionale e internazionale; l'appropriatezza risulta crescente col crescere del valore (0 = appropriatezza minima; 10 = appropriatezza massima). Il provvedimento riguarda esclusivamente TAC e RMN degli arti e la RMN della colonna "con mezzo di contrasto" **per un totale di 9 prestazioni** alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della disciplina (già nel 2008 ha lavorato un gruppo di esperti con il coordinamento del Prof Simonetti) Si ritiene che la prescrizione di tali prestazioni secondo i livelli di appropriatezza proposti possa contribuire anche a ridurre le liste di attesa.

F) DIALISI. Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa. Si tratta di 2 prestazioni.

G) PRESTAZIONI DI MEDICINA NUCLEARE. Si tratta di 4 prestazioni di interesse assolutamente specialistico (prescritte dallo specialista) per le quali vengono definite condizioni di erogabilità e indicazioni prioritarie legate a patologie gravi di tipo neoplastico.