

Gentile dott. Putignano,

Con riferimento a quanto rappresentato circa le difficoltà connesse all'assenza della branca specialistica di "geriatria" e della correlata "visita geriatrica" nel nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, le rappresento quanto segue.

In via generale, le ricordo che l'articolazione delle prestazioni nelle diverse branche specialistiche è finalizzata esclusivamente all'applicazione delle disposizioni in materia di compilazione della ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. E' noto, infatti, che in base alla legge n. 8 del 1990, sulla stessa ricetta possono essere prescritte "fino a otto prestazioni della stessa branca specialistica" e che la quota di partecipazione alla spesa da parte del cittadino corrisponde alla somma delle tariffe delle prestazioni riportate sulla medesima ricetta (fino all'importo massimo di 36,15 euro).

Che l'articolazione in branche abbia un significato limitato ai fini sopra indicati, è stato già chiarito con il DM 22 luglio 1996 di approvazione del Nomenclatore vigente e con la Circolare del Ministero della salute del 1 aprile 1997 "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22 luglio 1996; il concetto è chiaramente confermato dall'articolo 17 dello schema di dPCM di revisione dei Livelli essenziali di assistenza.

Ciò premesso, le confermo che la recente proposta di Nomenclatore inclusa nello schema di decreto di aggiornamento dei Lea, mantiene pressoché inalterata l'articolazione in branche del decreto ministeriale 22 luglio 1997, dal momento che nella sua elaborazione si è ritenuto di non introdurre "nuove" branche, sia per la difficoltà di individuare un criterio per selezionare le numerosissime richieste di riconoscimento, sia perché la modifica delle branche, in assenza di una contestuale modifica delle regole di prescrizione e di calcolo della quota di partecipazione, avrebbe alterato in maniera imprevedibile, almeno per il momento, sia l'onere da partecipazione a carico del cittadino sia l'introito da partecipazione a vantaggio delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Il tavolo si è limitato, quindi, a modifiche marginali relative all'assegnazione di alcune prestazioni a branche al fine di consentire ai medici di prescrivere con un'unica ricetta le prestazioni più frequentemente associate tra loro e agevolare il cittadino inserito in un percorso che preveda, per lo stesso quesito diagnostico, la contemporanea prescrizione di prestazioni afferenti ad ambiti diversi.

Relativamente alla questione relativa alla impossibilità di prescrivere sulla stessa ricetta la visita specialistica geriatrica e altre prestazioni di pertinenza del medico geriatra, preciso quanto segue.

Il nuovo nomenclatore individua sia visite specialistiche "di branca" (visite cardiologiche, gastroenterologiche, pneumologiche, ecc.) sia visite specialistiche genericamente definite (cod. 89.7 Prima visita; 89.02 Visita a completamento della prima visita; 89.01 Visita di controllo, ecc.) incluse nella branca residuale "Altre"; ne consegue che le visite specialistiche "di branca" potranno essere associate, sulla stessa ricetta, alle sole prestazioni incluse nella branca, mentre le visite specialistiche genericamente definite potranno essere associate, sulla stessa ricetta, alle prestazioni di qualunque branca. In tal modo, la visita "geriatrica" indicata con il codice generico della "Prima visita" 89.7, potrà essere prescritta sulla stessa ricetta con le prestazioni incluse nella branca di Medicina fisica e riabilitazione, ovvero con le prestazioni della diagnostica per immagini, ecc.. Tale possibilità sarà esplicitamente prevista nella "Legenda" al Nomenclatore.

Cordiali saluti,

Silvia Arcà