



Protocollo per la corretta prescrizione

Indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e della proposta di ricovero
Aggiornamento marzo 2010

ASL Mantova – Dipartimento PAC - Area programmazione e controlli produzione attività sanitaria

Aggiornamento a cura di
Barbara Barigazzi, Renzo Boscaini, Mara Chiara Martinelli, Patrizia Martini, Annamaria Nigrelli, Paolo Pisi,
Chiara Racchetti, Riccardo Savazzi, Patrizia Soave, Nicoletta Speziali, Antonella Zamberlan.

Sommario

<i>Obiettivi del Protocollo per la corretta prescrizione</i>	3
<i>Destinatari</i>	3
Ricettario unico regionale.....	3
Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale.....	4
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	4
<i>Prima visita specialistica o primo accesso</i>	4
<i>Visita o esame di controllo – follow up – o “Classe C”</i>	4
Procedure operative	5
<i>Prima visita o primo esame</i>	5
<i>Visita o esame di controllo</i>	5
<i>Chi prescrive</i>	5
<i>Rendicontazione delle prestazioni</i>	6
Obbligo dell'indicazione costante del quesito diagnostico prevalente	6
<i>Indicazione della classe di priorità (A, B, C);</i>	7
<i>Prestazioni urgenti – differibili</i>	7
<i>Prestazioni in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale di cui a DGR N VIII/2828 del 27/06/2006</i>	7
<i>Limite di prescrivibilità</i>	7
<i>Anomalie della prescrizione</i>	8
<i>Prestazioni con accesso senza ricetta</i>	8
Fasce di priorità e aree critiche di bisogno assistenziale	8
Aree critiche di bisogno assistenziale	9
Passaggio in cura.....	9
<i>Prestazioni specialistiche ambulatoriali</i>	9
Prestazioni correlate al ricovero	10
<i>Procedure pre-operatorie</i>	10
<i>Procedure post-dimissione</i>	11
<i>Prestazioni successive al ricovero</i>	11
<i>Prestazioni correlate a prestazioni escluse dai LEA</i>	11
Medici prescrittori	11
Consiglio diagnostico-terapeutico.....	12
Risposta dello specialista al quesito diagnostico	12
Proposta di ricovero	12
Normativa di riferimento	14

Obiettivi del Protocollo per la corretta prescrizione

- l'uniforme applicazione ed interpretazione delle regole;
- la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- il ricorso appropriato all'assistenza ambulatoriale e della diagnostica strumentale.

Destinatari

- Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici del Servizio di Continuità Assistenziale (MCA);
- Medici dell'emergenza territoriale, i Medici ospedalieri operanti in Ospedali di Azienda Ospedaliera, Case di Cura, Ospedali classificati, IRCCS di diritto pubblico o privato.
- Medici di Consultori e Presidi di ASL;
- Medici specialisti dei SerD;
- Medici delle RSA.

Ricettario unico regionale

Il decreto 18 maggio 2004, emanato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha definito il nuovo modello di ricetta a lettura ottica in vigore dall'1 gennaio 2005, che viene a sostituire tutti i moduli con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero il modulo Ricettario Unico standard, i moduli Ricettario Unico Regionale codd. 1, 2 e 7 ed i moduli interni utilizzati dalle Strutture Erogatrici.

Il ricettario unico è destinato alla prescrizione di prestazioni sanitarie:

- effettuabili presso strutture sanitarie di diritto pubblico e privato, accreditate e a contratto, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- 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 agli accordi bilaterali di sicurezza sociale;
- prescrivibili a favore del personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, con onere a carico del Ministero della Salute.

Non è consentito l'uso del ricettario unico regionale durante l'attività libero professionale dei Medici di Famiglia e degli Specialisti operanti in strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime intra- che extramoenia.

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili in regime di Servizio Sanitario Regionale, la ricetta è sempre obbligatoria ed assume rilevanza come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR medesimo.

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale.

La compilazione della ricetta non è un mero atto burocratico bensì un atto medico: la incompleta o non corretta compilazione, modifiche o alterazioni apportate alla ricetta, come ad esempio correzioni o apposizione di "bollini verdi" da parte di terzi, oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito di tipo amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.

Qualsiasi tipologia di prescrizione presuppone pertanto il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre agli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica ed il razionale utilizzo di prestazioni sanitarie.

Ricordando che non sono prescrivibili su ricettario regionale tutte le prestazioni preliminari o correlate a prestazioni escluse dai LEA (come ad esempio, gli accertamenti che precedono interventi di chirurgia estetica), prestazioni nell'interesse privato del cittadino (esami o visite per

rilascio/rinnovo patente di guida, di porto d'armi, per uso assicurativo, visite/esami finalizzati all'idoneità alla pratica sportiva agonistica), in quanto l'onere economico di dette prestazioni è a totale carico del cittadino, vengono riportate di seguito alcune importanti regole prescrittive riferite alla specialistica ambulatoriale ed alla diagnostica strumentale, nonché alla proposta di ricovero, in regime di erogazione a carico del SSR.

Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale

Il tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale ricomprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale prescrivibili in ambito del SSR (*Delibera di Giunta Regionale 23 aprile 1999 n. 42606* e successive modifiche ed integrazioni), suddividendole per branca specialistica di appartenenza ed identificandole secondo la codifica ICD-9-CM. Per ciascuna prestazione è altresì indicato il costo, aggiornato con cadenza annuale, e per le diverse tipologie sono rappresentati criteri di prescrivibilità e di rendicontazione, limiti di effettuazione, ecc.

Il Nomenclatore Tariffario rappresenta quindi lo strumento utilizzabile per la corretta prescrizione/rendicontazione.

Il prescrittore deve attenersi quanto più possibile alle descrizioni riportate nel Tariffario ed il soggetto erogatore è tenuto ad effettuare e rendicontare correttamente le prestazioni rese al cittadino.

A completamento del Tariffario, in risposta ai più frequenti quesiti ed a chiarimento di numerose difficoltà interpretative nella sua applicazione, Regione Lombardia ha redatto apposite Linee guida che prendono in rassegna alcune regole generali di prescrivibilità ed aspetti peculiari di ciascuna branca specialistica, fornendo un ulteriore aiuto sia al prescrittore che all'erogatore.

Il Tariffario e le Linee guida sono consultabili nel sito web della ASL, al link col sito della Regione Lombardia Sanità: "www.sanita.regione.lombardia.it".

Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Prima visita specialistica o primo accesso

Primo accesso (prima visita o primo esame): è l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso". Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (si dovrà in questo caso indicare sulla ricetta "primo accesso" oppure "rivalutazione").

Visita o esame di controllo – follow up – o “Classe C”

Ricomprende:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta; Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita – primo accesso, e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto lo stesso non va ad influenzare la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità ed il corretto svolgimento dell'iter terapeutico. La visita o l'esame di controllo vengono prescritti dallo specialista oppure dal medico curante dell'assistito.

Procedure operative

L'indicazione della tipologia d'accesso (primo accesso/controllo) è sempre riportata sulla prescrizione a cura del Medico di Medicina Generale e del Medico Specialista secondo le modalità di seguito specificate:

Prima visita o primo esame

La prenotazione viene effettuata sull'agenda "primo accesso" se:

- è specificato sull'impegnativa che si tratta di una prima visita ed è specificato il problema clinico o il sospetto diagnostico (es. visita oculistica per sospetto glaucoma – primo accesso);
- è indicata la classe di priorità, nel caso delle sei prestazioni oggetto di prioritarizzazione (ex allegato 3 DGR 15324), con indicazione "classe A" o "classe B", secondo i protocolli definiti.
- è specificata la dicitura "RISCHIO ONC" oppure "AREA A DGR2828" e "RISCHIO CV" o comunque una specifica area critica di bisogno assistenziale definita dalla DGR 2828/2006, che vale da sola quale criterio maggiore per la garanzia dei tempi.

Visita o esame di controllo

La prenotazione viene effettuata sull'agenda "controlli-follow up" se:

- esiste la dicitura "controllo" o "follow up" o, meglio, la dicitura "controllo tra.... (giorni/mesi) (in riferimento a linee guida, Good Clinical Practices, EBM, ecc.);
- non è specificata sulla ricetta la dizione "prima visita" o "primo accesso" o, comunque, un'altra specifica indicazione che riconduca ad un primo accesso;
- nel caso di prestazioni oggetto di prioritarizzazione (le sei prestazioni ex allegato 3 DGR 15324) è indicata la "classe C" secondo i protocolli definiti;
- il medico prescrittore ha indicato sulla ricetta il codice di esenzione per patologia.

Chi prescrive

La prima visita viene prescritta dal medico curante dell'assistito oppure dallo specialista.

La compilazione della richiesta di visita di controllo dopo la prima visita specialistica o successiva a ricovero presso la struttura, ovvero per il completamento del quesito diagnostico chiesto dal prescrittore, compete allo stesso medico specialista della struttura pubblica o privata accreditata.

Secondo il disposto della DGR 10804/2009, allegato 13, "Il periodo di validità dell'impegnativa è individuato in 6 mesi a partire dalla "data compilazione" della stessa e la "data prenotazione". Le

prescrizioni di prestazioni di follow up e/o di approfondimento diagnostico sono, conseguentemente da ritenersi di pertinenza dello specialista entro il suddetto intervallo temporale di 6 mesi”.

Negli altri casi, posto che questa ASL sta promuovendo la continuità dei percorsi di controllo presso la stessa struttura, con prescrizione e prenotazione da parte dello specialista degli accessi successivi, la necessità e la tempistica di ulteriori controlli clinici potrà essere riportata come suggerimento per il Medico Curante nel referto.

In ogni caso sarà cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista qualora il medico di medicina generale ne condivida la scelta.

Rendicontazione delle prestazioni

Nel caso delle visite specialistiche le prestazioni richieste come controllo devono essere rendicontate, a cura delle Strutture Erogatrici, con il codice “8901” o altro codice relativo al controllo previsto dal N.T.R..

La compilazione della richiesta di visita di controllo dopo la prima visita specialistica/ricovero presso la struttura, ovvero per il completamento del quesito diagnostico chiesto dal prescrittore, compete allo stesso medico specialista, dal momento che tutte le strutture sono dotate del ricettario SSN.

È da ritenersi “controllo” l'accertamento la cui richiesta non riporta alcuna specificazione di priorità (es: “ prima visita”) oltre alla definizione della stessa prestazione e al quesito diagnostico.

Obbligo dell'indicazione costante del quesito diagnostico prevalente

La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve riportare il quesito diagnostico formulato dal Medico prescrittore, in coerenza con quanto previsto dai vigenti ACN per la Medicina Generale (art. 51, punto 2), per la Pediatria di Libera Scelta (art. 50, punto 2), per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2).

A ciò va aggiunto che l'Allegato 10 della DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008, ribadito nella Circolare regionale prot. H1.20080045451 del 16/12/2008, prevede che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel corso del 2009, potranno rappresentare un costo per il SSR solo se le relative richieste saranno corredate del quesito diagnostico prevalente formulato in forma chiara e specifica.

Ne discende, dal 2009, l'assoluta necessità della indicazione del quesito diagnostico prevalente su ogni prescrizione di prestazioni specialistiche. In assenza del quesito, l'Erogatore non potrà erogare la prestazione a carico del SSR.

In accordo con le ulteriori disposizioni regionali, di cui alla nota H1.2008.0047100 del 30/12/2008, relativamente ai pazienti esenti per patologia, di cui al DM Sanità 329/1999 e 296//2001 ed i pazienti affetti da patologie rare, di cui al DM Sanità 279/2001, non sarà necessaria alcuna precisazione del quesito diagnostico sulla prescrizione, in quanto lo stesso è già chiaro quando l'assistito effettua prestazioni che riguardano l'approfondimento diagnostico o il follow up della patologia di base per cui è esente. In tal caso è pertanto sufficiente la condizione di cronicità documentata dal codice di esenzione riportato obbligatoriamente sulla ricetta.

Le successive disposizioni regionali hanno fissato all'1 ottobre 2009, data da cui è efficace il disposto della DGR 9014/2009, il termine ultimo di adeguamento alle indicazioni sull'obbligatorietà del quesito diagnostico.

Il sospetto/quesito diagnostico deve essere espresso nella maniera più esauriente e circostanziata possibile (art. 51 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 20/01/2005). Nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione non compaia, è necessario apporre sulla ricetta la formula “... omessa diagnosi su esplicita richiesta

del paziente...” (o l’acronimo convenzionale “O.D.”) ed indicare diagnosi o sospetto in foglio separato ed in busta chiusa.

Indicazione della classe di priorità (A, B, C);

L’indicazione della classe di priorità va utilizzata per le indagini incluse nella sperimentazione della priorità di accesso (visita cardiologica, visita oculistica, ecografia addome superiore, RMN encefalo, TC colonna vertebrale, Ecodoppler TSA).

Le caselle (U,B,D,P) incluse nell’area della priorità della prestazione non devono essere compilate per gli assistiti della Regione Lombardia.

Prestazioni urgenti – differibili

Nulla è variato rispetto all’utilizzo del “bollino verde”, che compete solo ed esclusivamente ai MMG/PLS.

Le prestazioni considerate “urgenti-differibili” sono contrassegnate dall’applicazione sulla ricetta, da parte del medico curante, del “bollino verde”. Nel caso di prescrizioni da parte di medici specialisti o di RSA si dovrà fare ricorso, se del caso, alle diciture ai sensi della DGR 2828/06 o all’indicazione della classe di priorità.

Sono riconducibili a tale tipologia le prestazioni la cui urgenza non comporta l’accesso alle strutture di urgenza ed emergenza, ma per le quali è prevista l’erogazione entro le 72 ore dalla presentazione della richiesta, purché questa avvenga entro 48 ore dalla data di rilascio della ricetta medesima.

È compito esclusivo del medico di famiglia apporre il bollino verde sulla ricetta nel caso in cui ravvisi la condizione dell’urgenza differibile;

- il bollino verde non deve essere consegnato dal medico al paziente per un uso discrezionale;
- l’applicazione del bollino verde non deve essere “suggerita” al paziente da parte dell’Erogatore.

Prestazioni in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale di cui a DGR N VIII/2828 del 27/06/2006

- Per le 24 prestazioni dell’Area Oncologica, fatti salvi i principi dell’Accordo 11 luglio 2002 di rispetto dei trenta giorni per giungere alla diagnosi e di trenta giorni per iniziare la Chemioterapia, la Radioterapia o per ottenere l’intervento chirurgico dal momento della decisione clinica confermata dallo specialista del presidio erogatore, è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura “RISCHIO ONC” oppure “AREA A DGR2828”.
- Per le prestazioni dell’Area Cardiovascolare è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura “RISCHIO CV”.
- Per l’Area Materno Infantile i tempi sono quelli indicati dallo specifico D.M. 10/09/1998. Nei casi non contemplati dalla normativa vigente dovrà essere indicata dallo specialista la settimana di gravidanza entro cui vanno effettuate le procedure diagnostiche. Quest’area viene identificata dal Cod. esenzione Mnn (dove “nn” indica la settimana di gestazione).
- Per l’Area Geriatrica, stanti le attuali indicazioni della letteratura, si fa riferimento all’età di 75 anni compiuti, che andranno riportati nelle apposite caselle del nuovo ricettario. Sono fatte salve le indicazioni date in merito agli esenti per patologia.

Limite di prescrivibilità

Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite di otto prestazioni (fatte le debite eccezioni per i cicli di cure); le branche specialistiche sono quelle individuate nel Nomenclatore Tariffario.

Sulla medesima ricetta possono essere prescritte più prestazioni dello stesso tipo, fino ad un massimo di otto, come detto, da eseguirsi presso la medesima struttura, in momenti successivi, entro un periodo massimo di sei mesi.

Prescrizioni di prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette diverse.

Prestazioni esenti e non esenti devono essere prescritte su ricette diverse.

Anomalie della prescrizione

La proposta di visita specialistica e di indagini diagnostiche da parte del medico curante deve essere redatta secondo le norme del corretto utilizzo del ricettario del SSN e secondo le linee guida per la corretta applicazione del Nomenclatore Tariffario, emanate dalla Regione Lombardia con Decreto della DG Sanità Regione Lombardia n. 32731 del 18/12/2000.

Pertanto:

- le richieste formulate senza un quesito diagnostico;
 - le richieste non riportanti l'esenzione quando il paziente ne ha il diritto, sia per patologia che per condizione;
 - le richieste che contengano prescrizioni di branche specialistiche diverse;
 - le richieste con compresenza di prestazioni per cui vale l'esenzione assieme a prestazioni per le quali l'esenzione non è applicabile;
 - le richieste con numero di prestazioni richieste superiore ad 8 nella stessa ricetta;
 - le richieste in cui vengono riportate formule generiche, come ad es. "*si richiede profilo generale adulti*" per esami di laboratorio;
 - le richieste che comunque non siano conformi alle regole di prescrizione succitate;
- dovranno essere segnalate alla ASL da parte delle strutture erogatrici, al fine di promuovere, in sede di incontri interdistrettuali e interaziendali periodici, una miglior prassi prescrittiva.

Prestazioni con accesso senza ricetta

L'assistito può recarsi direttamente presso le Strutture Erogatrici senza la proposta del medico curante solo nei seguenti casi:

- situazioni di urgenza o di necessità per le quali è consentito l'accesso diretto al Pronto Soccorso; in tal caso la prima prescrizione di medicinali, strettamente connessi all'urgenza, deve essere compilata dai medici del PS, utilizzando il ricettario unico del SSN (DPR 314/90 art. 23 comma 9 e Circ. Regione Lombardia n. 15/93 del 18/03/1993);
- necessità di prestazioni anche non urgenti relative alle specialità di:
 - odontoiatria;
 - ostetricia e ginecologia;
 - pediatria (per gli assistiti non in carico al Pediatra di Libera Scelta);
 - psichiatria;
 - oculistica (limitatamente alla visita optometrica);
 - neuropsichiatria infantile.

(DPR 314/90 art. 24 comma 2, art. 51 comma 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale - ACN del 20/01/2005 - per la Medicina Generale).

Fasce di priorità e aree critiche di bisogno assistenziale

In questo ambito, la prescrizione delle prestazioni individuate dalla Direzione Generale Sanità con DRG 15324/2003 (visita cardiologica, visita oculistica, ecografia addome superiore, RMN encefalo, TC colonna vertebrale, ecodoppler TSA) prevede l'esplicita indicazione della fascia di appartenenza:

- fascia A o procedura sollecita per la quale ciascuna delle prestazioni deve essere effettuata entro i tre giorni dalla data del rilascio, purché la prenotazione avvenga entro 48 ore dalla data di rilascio;
- fascia B o procedura di prima diagnosi prevede l'effettuazione entro e non oltre i trenta giorni dalla data del rilascio per le visite ed i sessanta per le prestazioni strumentali;
- fascia C o follow up da riservare alle prestazioni programmate da inserire in liste di attesa specifiche ed indipendenti dalle normali liste.

L'indicazione della fascia A per le suddette prestazioni viene quindi a sostituire il "bollino verde", che resta in uso per tutte le altre prestazioni per le quali si ravvisi la necessità di effettuazione "urgente differibile".

La mancata indicazione della fascia di priorità o del bollino verde, comporta che la prestazione sia effettuata in base ai tempi di attesa correnti.

Aree critiche di bisogno assistenziale

La DGR 2828 del 27/06/2006 prevede l'apposizione sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura "RISCHIO ONC" o "AREA A DGR2828" per il raggruppamento di 24 prestazioni dell'area oncologica e "RISCHIO CV" per il raggruppamento di 14 prestazioni dell'area cardiovascolare.

Per l'area geriatrica, stanti le attuali indicazioni della letteratura, si fa riferimento all'età di 75 anni compiuti, che andrà riportata nelle apposite caselle del nuovo ricettario.

Passaggio in cura

La richiesta di passaggio in cura (DPR 271/00, art.15 comma m; art. 28 comma 6 ACN del 2005 per gli Specialisti ambulatoriali) viene formulata dal medico curante esplicitando per iscritto sulla ricetta "richiedo passaggio in cura" e motivando la scelta. Al di là dell'aspetto formale, è buona regola che in tali casi medico curante e specialista condividano, con comunicazione diretta, motivazioni, modalità e durata del passaggio in cura.

Il passaggio in cura deve essere relativo alla singola condizione morbosa che lo ha motivato e si esaurisce di norma con la soluzione della stessa: per le patologie di lunga durata il medico curante e lo specialista concordano le fasi delle rispettive competenze, definendo per quel paziente il percorso assistenziale più opportuno.

Lo specialista può, conseguentemente, assumere in cura diretta il paziente su richiesta motivata del medico di fiducia oppure su propria decisione per urgenti necessità terapeutiche: in tal caso fornirà motivata comunicazione al medico curante.

La prescrizione dello specialista

Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Gli Specialisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto (compresi i Medici del Pronto Soccorso) prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il nuovo ricettario regionale, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante né alcuna autorizzazione all'ASL. Tale ricettario viene a sostituire la modulistica interna.

La DGR 9581/09 pone precise indicazioni circa l'utilizzo del ricettario unico da parte degli specialisti operanti presso strutture private accreditate a contratto, ai quali viene data la possibilità di prescrivere solamente agli assistiti lombardi, mentre viene mantenuta la possibilità di prescrivere anche ai non residenti lombardi da parte degli specialisti che operano nelle strutture pubbliche.

Lo Specialista ha l'obbligo di formulare la richiesta dei successivi accertamenti sul ricettario regionale SSN.

Non è necessaria alcuna autorizzazione da parte della ASL di appartenenza sulla prescrizione del cittadino che si reca presso strutture fuori regione.

L'art. 51 comma 7 dell'ACN 20/01/2005 stabilisce che le Aziende devono emanare disposizioni per la prescrizione diretta su ricettario regionale da parte dello Specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali e di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, pertanto, lo Specialista, qualora nel corso della propria prestazione ravvisi la necessità di ulteriori indagini, è tenuto a prescrivere direttamente al paziente gli accertamenti che ritiene necessari per la conclusione dell'iter diagnostico.

I controlli periodici ed i follow up, sia di breve sia di lungo periodo, devono essere obbligatoriamente prescritti dallo Specialista quando da questi ritenuti necessari e da programmare entro un intervallo di tempo pari a 6 mesi, equivalente al tempo di validità della ricetta.

Oltre tale intervallo di tempo, posto che questa ASL sta promuovendo la continuità dei percorsi di controllo e follow up presso la stessa struttura, con prescrizione e prenotazione da parte dello specialista degli accessi successivi, la necessità e la tempistica di ulteriori controlli clinici potrà essere riportata come suggerimento per il Medico Curante nel referto.

In ogni caso sarà cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista qualora il medico di medicina generale ne condivida la scelta.

Qualora invece lo Specialista ritenesse concluso il percorso di diagnosi e/o cura strettamente specialistico, riaffiderà il paziente al medico curante per l'assistenza, limitandosi a suggerire al curante i parametri da tenere eventualmente monitorati.

Non è consentito l'uso del ricettario unico regionale durante l'attività libero professionale intra- ed extramoenia da parte dei medici operanti in strutture pubbliche e private accreditate.

Le regole per la prescrizione cui i medici Specialisti debbono attenersi, sono le medesime indicate per il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta.

Lo Specialista è tenuto al rispetto delle norme previste in materia prescrittiva, delle nota AIFA, nonché delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al DM 329/99 - e successive modificazioni - e delle modalità di prescrizione previste dall'art. 50 della legge 326/2003. Spetta pertanto al medico Specialista la compilazione della scheda per il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per patologia.

Al termine della visita e delle eventuali indagini effettuate, oppure alla fine del periodo di passaggio in cura, deve essere assicurato da parte dello Specialista l'invio al medico curante di esauriente relazione nella quale siano contenuti eventuali consigli terapeutici e indicazioni per successivo follow up.

Anche nel caso il prescrittore sia un medico Specialista, le richieste non correttamente formulate potranno essere segnalate all'ASL al fine di consentire la promozione di una migliore prassi prescrittiva nell'ambito degli incontri periodici con gli erogatori provinciali.

Prestazioni correlate al ricovero

Le indagini preliminari al Ricovero Programmato in strutture pubbliche o private accreditate e a contratto, così come tutte le indagini strumentali e di laboratorio finalizzate ad Intervento Chirurgico Programmato, non sono oggetto di prescrizione sul ricettario del SSN.

Procedure pre-operatorie

Le procedure e le indagini diagnostiche necessarie per valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico programmato, temporalmente distinte dal ricovero in cui lo stesso avviene, effettuate in data antecedente al ricovero, sono riconducibili all'episodio di ricovero in cui avviene l'intervento; pertanto, se effettuate nella stessa struttura (anche se in presidi diversi), non

richiedono emissione di impegnative ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.

Procedure post-dimissione

Le procedure post-dimissione effettuate presso la medesima struttura, nell'immediato periodo post dimissione, sia dopo ricovero medico che chirurgico, strettamente correlate al medesimo ed effettuate, di norma, entro il termine dei 10 giorni successivi alla dimissione, sono riconducibili al DRG; non richiedono emissione di impegnativa ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.

Analogamente tutte le Prestazioni Specialistiche o di Diagnostica Strumentale richieste durante il ricovero ma eseguite dopo la dimissione, non richiedono l'emissione di impegnativa ed altresì non prevedono la partecipazione alla spesa da parte del cittadino in quanto prestazioni da ricondurre all'evento ricovero.

Prestazioni successive al ricovero

La richiesta di prestazioni da eseguirsi tra l'11° ed il 30° giorno successivo alla dimissione è effettuata direttamente dallo Specialista della Struttura presso cui il paziente è stato ricoverato.

Tali prestazioni sono soggette a pagamento del ticket da parte del paziente, se dovuto, a differenza del post operatorio chirurgico, in quanto non fanno parte del ricovero.

Prestazioni correlate a prestazioni escluse dai LEA

Non sono prescrivibili su ricettario regionale tutte le prestazioni preliminari o correlate a prestazioni escluse dai LEA, quali, ad esempio, gli accertamenti che precedono interventi di chirurgia estetica. Tali prestazioni sono a totale carico economico del cittadino.

Medici prescrittori

Con DGR 9581/09 la Regione Lombardia ha disposto di abilitare i seguenti medici del SSR all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del SSN, ex art. 50 Legge n. 326/03, di conversione del D.L. n. 269/03:

- Medici delle A.O. (autorizzati anche per assistiti non lombardi) e medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliera, accreditate e a contratto con il SSR (autorizzati solo per assistiti lombardi);
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCSS) di diritto pubblico (autorizzati anche per assistiti non lombardi) e privato (autorizzati solo per assistiti lombardi);
- Medici di Medicina generale e pediatri di Libera Scelta;
- Medici di Continuità Assistenziale,
- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati,
- Medici di RSA,
- Medici addetti al Servizio di Guardia Turistica.

L'utilizzo del ricettario unico da parte dei medici abilitati è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale.

Le sperimentazioni gestionali, Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere, Ospedale di Suzzara e Ospedale Civile di Volta Mantovana sono equiparate all'Azienda Ospedaliera (nota a firma del Direttore Generale Sanità, Dott. Carlo Lucchina, Prot. H1.2004.0059895, dell'1/12/2004 e Decreti del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 maggio 2004 e del 17 marzo 2008).

Consiglio diagnostico-terapeutico

In materia di prescrizione farmaceutica, i Medici Specialisti Ospedalieri sono tenuti alla:

- compilazione del piano terapeutico per i farmaci vincolati all'indicazione specialistica;
- prescrizione di farmaci per i casi di "passaggio in cura", limitatamente alla patologia che lo ha motivato;
- prima prescrizione di farmaci connessi all'urgenza (PS).

In merito al "consiglio" di farmaci da parte degli Specialisti, le Aziende Ospedaliere sono tenute a predisporre moduli con riportata la dicitura che specifica che alcuni farmaci consigliati potrebbero non essere prescrivibili a carico del SSN e la valutazione della loro prescrivibilità sarà compito del medico curante, sulla base della normativa vigente, cui esso deve obbligatoriamente attenersi.

Al di fuori delle situazioni in cui lo Specialista prescrive direttamente su ricettario unico, qualsiasi indicazione clinica indirizzata al medico curante rappresenta un "consiglio diagnostico terapeutico".

Il medesimo esprime un indirizzo di diagnosi e cura utile a guidare il curante nella scelta del profilo ritenuto più idoneo ed efficace per la patologia dell'assistito. Affinché il "consiglio" possa essere tradotto in prestazione spendibile a carico del SSN, è necessario che il curante ne faccia richiesta ne condivida i contenuti e ne faccia richiesta.

Per quanto detto, nella formulazione del medesimo è necessario tener presente che:

- non possono essere consegnati ai pazienti moduli prestampati contenenti "suggerimenti" o "cliché" preconfezionati di prestazioni specialistiche;
- non possono essere recapitati o comunicati agli stessi pazienti "inviti" per effettuare visite, indagini specialistiche diagnostico-terapeutiche, pacchetti di prestazioni precostituiti da consegnare al curante per la "traduzione" su ricettario del SSN;
- casi clinici particolari sono accompagnati solo da comunicazione scritta in busta chiusa, al fine di addivenire ad una univoca e concorde modalità di gestione fra specialista e curante;
- non deve essere suggerita ai pazienti l'apposizione sulla ricetta del "bollino verde" o la indicazione della classe di priorità (come, viceversa, non possono essere consegnati dal medico curante ai pazienti i bollini verdi da utilizzare arbitrariamente).

Lo specialista formula il consiglio diagnostico-terapeutico su modulistica intestata alla struttura di appartenenza, indirizzandola al medico curante per il tramite del paziente.

Risposta dello specialista al quesito diagnostico

Lo Specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, da inviare al medico curante; qualora lo Specialista stesso ritenga necessario completare l'iter diagnostico con ulteriori accertamenti, può autonomamente prescrivere direttamente dette prestazioni su ricettario regionale, se abilitato all'utilizzo.

Proposta di ricovero

Per tutti i ricoveri a carico del SSR occorre sempre la proposta – prescrizione di ricovero, redatta su ricettario unico (“Manuale della cartella clinica 2ª edizione 2007”, approvato dalla Regione Lombardia con DDG 6911/2008), da parte di:

- MMG/PLS, su modulo SSN;
- Medico Specialista convenzionato in struttura pubblica, su modulo SSN;
- Medico Ospedaliero in attività ambulatoriale istituzionale (al di fuori dell’attività libero professionale) su modulo SSN;
- Medico di RSA, su modulo SSN;
- Medico ospedaliero di Pronto Soccorso su verbale di PS;
- Medico di continuità assistenziale o dell’emergenza territoriale su referto prestazione.

La normativa vigente e le linee guida regionali prevedono la possibilità di richiedere il ricovero da parte degli specialisti che operano nelle strutture pubbliche.

Sono esclusi dalla possibilità di prescrivere il ricovero, sia ordinario che a regime diurno, tutti gli specialisti che operano nelle strutture private accreditate a contratto. Le sperimentazioni gestionali, Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere, Ospedale di Suzzara e Ospedale Civile di Volta Mantovana sono equiparate all’Azienda Ospedaliera (nota a firma del Direttore Generale Sanità, Dott. Carlo Lucchina, Prot. H1.2004.0059895, dell’1/12/2004 e Decreti del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 18 maggio 2004 e del 17 marzo 2008).

Non è previsto l’uso del ricettario regionale per il trasferimento del paziente che, ricoverato in reparto per acuti, necessita di ricovero presso un reparto di riabilitazione, anche se il trasferimento avviene in struttura diversa.

Normativa di riferimento

- D.Lvo 502/92 – art. 15 decies – Obbligo di appropriatezza;
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 maggio 2004;
- nota a firma del Direttore Generale Sanità, Dott. Carlo Lucchina, Prot. H1.2004.0059895, dell'1/12/2004.
- A.C.N. per la Medicina Generale 2005 – artt. 49 e 51;
- DGR Regione Lombardia 2828/2006;
- Manuale della Cartella Clinica –Regione Lombardia – Edizione 2007;
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008;
- DGR Regione Lombardia 8501/2009 e s.m.i.;
- DGR Regione Lombardia 9581/2009 – IV Provvedimento;
- Legge Regionale n.33/2009;
- DGR Regione Lombardia 10804/2009.