Regione Lombardia

ASL Lodi

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI

CORRETTE MODALITA' PRESCRITTIVE

NORME PER LA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, DI RICOVERO E DI FARMACI DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA, DEL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, DEL MEDICO SPECIALISTA OSPEDALIERO e DEL MEDICO DI STRUTTURE SANITARIE DI DIRITTO PRIVATO, SIA INTRA CHE EXTRA OSPEDALIERE, ACCREDITATE E A CONTRATTO CON IL SSR, MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE CONVENZIONATO

Ordine dei Medici Provincia di Lodi
AO di Lodi - Direzione Sanitaria -
ASL di Lodi – Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale

Revisione – Ottobre 2015

INTRODUZIONE

E' opportuno definire precise e specifiche indicazioni operative inerenti le richieste di visite specialistiche, diagnosi strumentali o di laboratorio e ricoveri per superare eventuale conflittualità tra medico di medicina generale, pediatra di famiglia e specialisti ospedalieri.

La definizione delle procedure e la conseguente uniformità di comportamenti faciliteranno il paziente nel momento di accedere alle prestazioni, permetteranno al prescrittore di formulare in modo preciso ed esaustivo le richieste, forniranno alle strutture erogatrici chiarezza nell'individuazione della richiesta. In tal modo si eviterà che il paziente si veda contestare o respingere la prescrizione in quanto ritenuta non corretta o incompleta.

Tutto quanto riportato nel seguente documento non può prescindere dal rispetto di regole generali sull'uso appropriato del Ricettario Regionale.

Su questo ricettario possono essere prescritte esclusivamente prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale:

- esami o visite necessarie per risolvere un quesito diagnostico/ terapeutico legato allo stato di malattia, o sospetta tale
- esami che rientrano in programmi di screening di comprovata efficacia, attivati nell'ASL di Lodi (mammografia, pap-test, tumore colon-retto)
- farmaci e presidi a carico del SSN (solo da parte di MMG, PdF, CA e SPECIALISTI OSPEDALIERI, MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI, Medici di strutture sanitarie di diritto privato accreditate e a contratto;

Il ricettario regionale **NON** può essere utilizzato

- per richiedere prestazioni nell'interesse privato del cittadino come nel caso di esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo,
- per screening di non comprovata efficacia (tutti a carico del cittadino richiedente),
- per controlli per la medicina del lavoro (a carico del datore di lavoro), o richieste non inerenti lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami
- prematrimoniali ecc...).
- per comunicazioni con l'ASL, per certificati di malattia, per certificazioni a corredo della domanda invalidità, ecc.
- nell'espletamento dell'attività libero professionale

Fonti normative

- Legge n. 531 del 29.12.1987.
- Delibera Giunta Regionale n. 41607 del 11.04.1989.
- Delibera Giunta Regionale n. 5/12317 del 30.07.1991.
- D.L. n° 124 del 29/4/1998
- Delibera Giunta Regionale n° 42606 del 23/4/1999
- D.P.R. 270/2000 del 28/7/2000
- Nota Regione Lombardia n° H 1.2004.0041690 del 26/7/2004
- Accordi collettivi nazionali per la Medicina Generale e PdF
- Nota Regione Lombardia 9-6-2005 prot. 32866
- Nota Regione Lombardia n. H120080047100 del 30-12-2008
- DGR Regione Lombardia VIII/9581 dell'11-06-2009
- DGR Regione Lombardia VIII/10804 del 16-12-2009
- DGR Regione Lombardia nr. 621 del 13-10-2010
- DGR Regione lombardia nr. 397 del 1-12-2010
- Circolare 20/SAN del 30-12-2010
- D.M. 2/11/2011
- Nota Regione Lombardia 16708 del 05-04-2014
- Nota Regione Lombardia 34619 del 22-10-2014
- Nota Regione Lombardia 1703 del 16-01-2015
- Nota Regione Lombardia 15963 del 27-05-2015
- D.G.R. 3993 del 4 Agosto 2015

A) RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO DA PARTE DEL MMG o PdF.

L'impegnativa per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici, ha validità di un anno dalla data di compilazione alla data di prenotazione.

1) La richiesta della prima visita specialistica, a carico del SSN, può avvenire su proposta del medico di fiducia che ha in carico l'assistito (dal 13-10-2010 anche dallo specialista)

2) L'assistito può recarsi direttamente negli ambulatori pubblici senza l'impegnativa solo nei seguenti casi:

- situazioni d'urgenza: è consentito l'accesso diretto al PS. In tal caso la prima prescrizione di medicinali, strettamente connessi all'urgenza, deve essere compilata dai medici del P.S.
- necessità di ricorso a prestazioni di diagnosi e cura, anche non urgenti, relative alle specialità di odontoiatria – ostetricia e ginecologia, pediatria (per gli assistiti che non sono in carico ad un pediatra convenzionato), psichiatria e neuropsichiatria infantile, oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche)
- necessità di ricorso a servizi ospedalieri competenti per la cura di pazienti affetti da:

- *uremia cronica in dialisi*
- *leucemia, emofilia, morbo di Cooley*
- *forme tumorali, in fase terminale, per la terapia del dolore*
- *esiti di trapianto d'organo*

(I medici ospedalieri dei servizi in oggetto dovranno prescrivere su ricettario unico regionale i farmaci inerenti al trattamento ambulatoriale delle patologie sopra elencate)

3) La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica **deve essere corredata obbligatoriamente dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico** ,anche nel caso di soggetti esenti per patologia cronica/malattia rara

Per quanto attiene la compilazione del quesito/sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica.

In tema di quesito /sospetto diagnostico è opportuno precisare la sua duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico. E' quindi necessario pur distinguendo le due entità citate prevedere che entrambe siano valide ai fini del rispetto delle indicazioni regionali. Infatti:

- la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per esempio colica addominale, gonalgia, tosse...):
- mentre il quesito diagnostico esprime precisamente il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio o meno.

In caso di richiesta di ricovero il MMG/PdF/MCA provvederà alla corretta compilazione della scheda di accesso in ospedale, come da normativa vigente

A seguito della DGR 3993 del 4 Agosto 2015 ("Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del S.S.R. per l'esercizio 2015", allegato A, si comunicano le nuove modalità prescrittive:

CLASSI di PRIORITA'

E' OBBLIGATORIO per TUTTE le prescrizioni individuare la classe di priorità, quindi il medico prescrittore dovrà barrare le apposite caselle presenti sulla ricetta nell'"area priorità di prestazione" nel modo seguente:

- **U = URGENTE**
  per le prestazioni da erogare nel più breve tempo possibile o,se differibili,entro 72 ore (con apposizione del "BOLLINO VERDE")

- **B**

  per le prestazioni da erogare entro 10 giorni

- **D = DIFFERIBILE**

  per le prestazioni da erogare entro 30 giorni (per le prime visite) e entro 60 giorni (per i primi accessi alle prestazioni di diagnostica strumentale).

- **P = PROGRAMMABILE**

  per le prestazioni PROGRAMMATE di Controllo/Follow-up

B) RISPOSTA AL MMG O AL PDF DA PARTE DELLO SPECIALISTA

1) La risposta alla consulenza o alla visita di pronto soccorso deve essere il più esaustiva possibile ed espressa in forma scritta, indirizzata al medico curante nel rispetto della privacy e della dignità del paziente, e contenere oltre all'identificazione completa dello Specialista anche il recapito telefonico dell'Unità Operativa di riferimento e del medico.

2) Qualunque prescrizione da effettuarsi con le denominazioni del Nomenclatore Tariffario, se eseguita su ricettario regionale, deve contenere i dati completi del paziente a cui si riferisce e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o ad un fondato sospetto diagnostico. E' vietato l'uso di prestampati riportanti elenchi di prestazioni, che non onorano l'individualità del paziente oggetto dell'opera medico-professionale e che possono favorire la richiesta di prestazioni non necessarie al singolo paziente ed addirittura permettere l'aggiunta successiva di esami da parte di altri nel caso si ricorra alla barratura degli esami effettivamente richiesti

3) Qualora lo Specialista ritenga opportuno, per rispondere al quesito diagnostico del MMG/PdF, richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini strumentali, ematochimici per la risposta al quesito diagnostico, **formula, obbligatoriamente, direttamente le relative richieste sul ricettario regionale**

4) In caso di dimissioni dall'ospedale, il medico responsabile provvederà ad inviare al MMG/PdF esaustiva lettera di dimissioni con le modalità di cui al punto B1;

5) Le prestazioni, successive a ricoveri e da effettuarsi entro 10 giorni dalla dimissione, dovranno essere effettuati dalla stessa struttura sanitaria senza prescrizione su ricettario regionale e senza oneri a carico del cittadino in quanto prestazioni ricomprese nello stesso episodio di ricovero e senza suggerimenti per il medico di medicina generale/ pediatra di famiglia.

6) Le prestazioni da effettuarsi dopo la dimissione o la consulenza specialistica dovranno essere prescritte direttamente dalla struttura pubblica o privata accreditata a contratto, su ricettario regionale.

In sintesi lo specialista deve prescrivere direttamente su ricettario regionale:

- ❑ le eventuali indagini preliminari agli esami strumentali
- ❑ gli approfondimenti necessari a rispondere al quesito diagnostico
- ❑ le prestazioni da eseguire dopo la dimissione o la consulenza specialistica

Deve prescrivere su modulario interno:

- ❑ gli accertamenti preliminari a ricovero o intervento chirurgico (con le modalità di cui sopra - in quanto ricompresi nel DRG del ricovero)
- ❑ gli accertamenti ed i controlli entro i 10 giorni successivi al ricovero (con le modalità di cui sopra – in quanto ricompresi nel DRG del ricovero)

PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE da parte dello specialista

a) Qualora alla prestazione specialistica segua una prescrizione di farmaci, la stessa deve essere opportunamente motivata al paziente e al MMG/PdF. Se la prescrizione riguarda particolari classi terapeutiche oggetto di legislazione limitativa (note AIFA) le limitazioni vanno opportunamente illustrate al paziente, di regola per iscritto, ed è compito dello Specialista provvedere ai relativi adempimenti prescrittivi necessari (piano terapeutico).

b) Ai sensi della DGR 10804 del 16-12-2009, Allegato 11, per favorire la piena presa in carico della responsabilità prescrittiva da parte di tutti gli attori del sistema, vengono abilitati all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni farmaceutiche a favore di cittadini lombardi con l'utilizzo del ricettario SSN (ex art. 50 della Legge 326/2003), i Medici delle aziende ospedaliere e medici delle strutture sanitarie di diritto privato, sia intra che extraospedaliere, accreditate e a contratto con il SSR, i medici specialisti ambulatoriali convenzionati Nel caso di prescrizioni difformi dalle indicazioni terapeutiche registrate del farmaco stesso, o per terapie sperimentali, lo Specialista è tenuto all'adeguata informazione del paziente, ed all'acquisizione del consenso informato al trattamento.

c) Nel caso di prescrizioni di terapie conseguenti alle dimissioni ospedaliere il Medico Specialista che dimette il paziente è tenuto ad annotare sulla lettera di dimissioni i farmaci da assumere. Nella prescrizione si dovrà attenere alle indicazioni contenute nel "Prontuario Terapeutico delle Dimissioni" in uso presso l'Azienda Ospedaliera in cui opera, privilegiando la prescrizione di farmaci equivalenti.

d) Erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione: l'Azienda Ospedaliera provvederà ad erogare direttamente alcune tipologie di farmaci, concordate con l'ASL ai pazienti in dimissione, sia in regime di ricovero ordinario che a ciclo diurno, indipendentemente dalla Regione di provenienza, in quantità sufficiente al raggiungimento del primo accesso di controllo presso il medico specialista dell'AO o presso il MMG o PdF. Il primo ciclo terapeutico rappresenta il completamento del trattamento farmacologico (***farmaci prescrivibili in SSN e compresi nel prontuario Ospedaliero***) avviato in ospedale. Il limite massimo per la copertura della terapia da erogare direttamente da parte dell'AO è di 60 giorni, salvo eccezioni concordate con l'ASL. Per le tipologie di farmaci non previste al momento dall'accordo ASL-AO, gli specialisti ospedalieri provvederanno a prescrivere su ricettario SSR il primo ciclo terapeutico o il cambio di terapia, al fine di assicurare la continuità terapeutica, soprattutto se la dimissione avviene nel fine settimana o nei giorni festivi.

e) Nel caso di dimissioni di cittadini che necessitano di terapie attivate in ospedale e che continuano a domicilio, il medico che effettua la dimissione deve sempre assicurare al paziente il proseguimento della terapia fornendo direttamente il farmaco in quantità sufficiente per assicurare il primo ciclo terapeutico e la successiva presa in carico da parte del MMG o PdF.

USO DEL RICETTARIO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE DA PARTE DEL MEDICO SPECIALISTA

Il medico che effettua la libera professione (intramoenia e/o extramoenia) NON può utilizzare il ricettario SSN per la prescrizione di farmaci e/o prestazioni specialistiche e/o diagnostiche

CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR (Legge 286/98 e DPR 394/99)

Nei casi in cui il paziente sia un cittadino non iscritto al SSR, **ma abbia comunque diritto all'assistenza sanitaria** (stranieri non in regola con le norme di soggiorno ma in presenza di gravidanza, malattia infettiva, malattia cronica, malattia essenziale, > 65 anni, < 18 anni), la struttura di diagnosi e cura redige su Ricettario Regionale la prescrizione di accertamenti diagnostici avendo cura di compilare e corredare la stessa di tutte le indicazioni cliniche ed amministrative previste (dati del paziente, diagnosi o quesito diagnostico, codice STP).

A) PRESCRIZIONI PER CITTADINI COMUNITARI

1) **Medicina generale e pediatria di famiglia:**

i cittadini comunitari in possesso della tessera sanitaria europea (o modulo temporaneamente sostitutivo) accedono direttamente agli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia .

La prescrizione di farmaci, indagini e visite specialistiche, trattamenti ambulatoriali e ricoveri avverrà direttamente sul ricettario unico regionale.

Il medico prescrittore dovrà riportare nello spazio di 16 caratteri destinato al codice fiscale dell'assistito, la dicitura "comunitario".

Massima attenzione dovrà essere posta nell'indicare in modo leggibile nella parte anteriore della ricetta nome e cognome dell'assistito, la prescrizione, il tipo di ricetta (si indica la sigla UE). Sul retro della ricetta dovrà essere indicato l'istituzione competente, lo stato estero, il numero d'identificazione personale, il numero d'identificazione della tessera, la firma dell'assistito con la data di nascita. Nel caso di visita ad assistiti di Istituzioni Estere il medico, per poter essere rimborsato, deve redigere apposita ricetta con indicazione della prestazione erogata (visita ambulatoriale o domiciliare), raccogliere la firma dell'assistito e consegnare la ricetta all'ASL. Il medico quindi deve fare due ricette: una per l'assistito ed una per l'ASL ai fini del rimborso.

Il valore economico dell'onorario è quello in uso per le visite occasionali.

Per i sostituti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta il nuovo ricettario dovrà essere consegnato al sostituto solo per le sostituzioni superiori a 30 gg. Per le sostituzioni inferiori a trenta giorni il sostituto utilizzerà il ricettario del titolare, così come dovrà essere consegnato il ricettario al medico o al pediatra che ottiene un incarico provvisorio ai sensi dell'art. 38 del nuovo ACN di medicina generale e dell'art. 22 del DPR n. 272/2000. La registrazione di detti ricettari dovrà essere fatta con la procedura NAR.
Per il servizio di continuità assistenziale il nuovo ricettario dovrà essere consegnato anche al medico incaricato.
Per le forme associative, fermo restando che il ricettario dovrà essere consegnato ad ogni singolo medico, se un medico si assenta e viene sostituito da un collega della medesima associazione quest'ultimo utilizzerà per le prescrizioni ai pazienti del medico assente il proprio ricettario e non quello del medico assente.

2) **Specialistica e ricoveri:**

le strutture specialistiche, pubbliche o private accreditate, erogheranno le prestazioni richieste procedendo anche ad effettuare una fotocopia del documento attestante il diritto. Le prestazioni rese dovranno essere addebitate al SSR secondo le procedure già in uso e, successivamente, l'impegnativa, corredata dalla fotocopia del documento attestante il diritto e, in caso di ricovero, dalla tariffazione del relativo DRG dovrà essere trasmessa alla ASL competente per territorio per il successivo addebito dei costi allo Stato comunitario di appartenenza dell'assistito.

C) PRESCRIZIONI PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI IN REGOLA CON LE NORME SUL PERMESSO DI SOGGIORNO

I cittadini stranieri iscritti obbligatoriamente al S.S.N. godono di parità di diritti e doveri coi cittadini italiani.

D) PRESCRIZIONI PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI NON IN REGOLA CON LE NORME SUL PERMESSO DI SOGGIORNO

Agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate dal SSN, cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e essenziali, anche continuative, per malattie o infortuni, prestazioni di cura a salvaguardia della salute individuale e in particolare:

- Tutela della gravidanza e della maternità
- Tutela della salute del minore
- Vaccinazioni
- Interventi di profilassi internazionale
- Profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive

E) IL CODICE S.T.P

Le prestazioni rese a stranieri non in regola con il soggiorno vengono registrate utilizzando un codice identificativo regionale a sigla STP - Straniero Temporaneamente Presente, a validità semestrale e rinnovabile in caso di permanenza dello straniero in Italia.

Il codice STP è formato da 16 caratteri: 3 caratteri per la sigla STP + 6 caratteri per il codice ISTAT relativo alla Regione ed alla struttura pubblica erogante le prestazioni + 7 caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Il codice assegnato, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, deve essere utilizzato sia per la rendicontazione per il rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSN, sia per la

prescrizione su ricettario regionale di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.

LIMITI DI PRESCRIVIBILITA':

Ciascuna ricetta può contenere prescrizioni-proposte di una sola branca specialistica; per branche specialistiche diverse è necessario compilare ricette distinte.

Ciascuna ricetta può contenere al massimo otto diverse prestazioni appartenenti alla stessa branca, fatte salve le prestazioni che non sono diverse:

- **prestazioni cicliche (es. fisioterapia)**
- **prestazioni ripetibili (es. emocromo in Pz. tumorale, medicazioni, esami ormonali)**
- **piano di cure odontoiatriche (sulla stessa impegnativa il codice prestazione - es. avulsione dentaria - può essere moltiplicato per il numero di elementi dentari interessati)**

Ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione e prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

PRESTAZIONI CORRELATE AL RICOVERO:

La proposta di ricovero ordinario deve essere accompagnata dalla scheda d'accesso, compilata dal medico curante, nella quale siamo annotati i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

Le procedure e le indagini diagnostiche necessarie per valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico programmato, temporalmente distinte dal ricovero ed organizzate direttamente dal reparto ospedaliero che effettuerà l'intervento, sono riconducibili al ricovero stesso (pre-ricovero chirurgico) pertanto non richiedono emissione d'impegnativa da parte del medico curante ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.

LE PRESTAZIONI SUCCESSIVE AL RICOVERO:

a) Le procedure effettuate presso la medesima struttura nell'immediato post ricovero, effettuate solitamente entro il termine dei **10 giorni successivi alla dimissione**, o comunque strettamente correlate alla conclusione dello stesso (medicazione di ferita, rimozione punti, visita di controllo, ecc.), sono riconducibili al DRG; la richiesta di tali prestazioni è a carico dello specialista tramite eventuale prescrizione su modulario interno della struttura. Non è quindi mai dovuta l'emissione di ricetta regionale da parte del Medico di Medicina Generale o Pediatra

di famiglia, ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.

b) La richiesta delle prestazioni da eseguire per il follow up dopo la dimissione, è effettuata direttamente dallo specialista della struttura presso cui il paziente sia stato ricoverato utilizzando il ricettario regionale. Tali prestazioni sono soggette a pagamento del ticket (se dovuto) da parte del paziente poiché non fanno parte del D.R.G. del ricovero. .

Nella pratica clinica giornaliera lo Specialista Ospedaliero utilizzerà sempre il ricettario unico regionale, tranne che per le prescrizioni di visite o esami facenti parte del pre-ricovero chirurgico o successivi e strettamente correlati ad un ricovero, ed in conformità alle indicazioni fornite dall'AO in merito al SISS e/o altro.

NOTE AIFA:

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha riclassificato i medicinali suddividendoli ai fini della loro erogazione a carico del S.S.N., in base alla reale efficacia terapeutica e al favorevole rapporto costo/beneficio.

Per alcuni principi attivi è possibile la prescrizione, a carico del S.S.N., **SOLO** per le specifiche indicazioni cliniche previste dalle note elaborate dall'AIFA.

Tali note comportano, pertanto, che uno stesso farmaco possa essere a totale carico del S.S.N. (classe A) limitatamente alla specifica patologia prevista dalla nota AIFA, mentre per ogni altra indicazione lo stesso risulta a totale carico dell'assistito (classe C).

I farmaci con nota AIFA sono erogabili a carico del S.S.N. solamente se il medico prescrittore appone in ricetta l'indicazione della relativa nota (nelle apposite caselle).

L'obbligo per il prescrittore di apporre sulla ricetta la nota AIFA relativa al medicinale prescritto, deve essere rispettato da qualsiasi soggetto autorizzato alla prescrizione in regime convenzionato, senza alcuna eccezione.

Questa norma stabilisce che il medico prescrittore è responsabile a tutti gli effetti della sopraccitata annotazione e, nel caso in cui la prescrizione non sia conforme alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti dell'AIFA, l'ASL adotterà nei confronti del prescrittore la misura del rimborso per il medicinale indebitamente prescritto (L.425/96 art.1).

DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO:

Per alcuni farmaci innovativi la prescrizione è possibile anche da parte del medico di medicina generale e del pediatra di famiglia, sulla base di una diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) redatto da Centri Universitari ed Ospedalieri individuati dalla Regione.

La Regione Lombardia aggiorna costantemente l'elenco dei Centri regionali abilitati a fare diagnosi e piano terapeutico.

Il piano terapeutico deve essere redatto in triplice copia dallo specialista che trattiene una copia, invia la seconda copia al MMG/PdF, (che a sua volta, deve allegarlo alla scheda individuale del paziente) e la restante copia al Servizio Farmaceutico dell'ASL di residenza dell'assistito per le verifiche del caso.

Per alcuni specialisti abilitati è possibile l'inserimento diretto di alcuni piani terapeutici nel Sito WEB dell'ASL. In tali casi il MMG o PdF non riceve copia cartaceo ma verifica accedendo al sito internet dell'ASL.

RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA

Il progetto Ricetta Dematerializzata rappresenta il risultato finale di un percorso avviato con l'approvazione dell'art. 50 della legge 326/2003 che ha introdotto la ricetta (cartacea) standardizzata, la tessera sanitaria (TS) e l'obbligo di invio dei dati al MEF di tutte le ricette da parte prima delle farmacie (2008) e poi dei medici (2011).
La dematerializzazione interessa solo le prescrizioni farmaceutiche in regime convenzionato.
Sono escluse le seguenti prescrizioni farmaceutiche:

- le prescrizioni inerenti i prodotti dietetici e di assistenza integrativa e protesica minore
- le ricette limitative senza previsione di piano terapeutico
- le ricette comportanti speciali modalità di prescrizione e dispensazione (es: clozapina, alprostadil, isotretinoina, ecc)
- le ricette per farmaci destinati alla terapia del dolore
- le ricette con farmaci stupefacenti assoggettati a documentazione dello scarico sul registro entrata/uscita stupefacenti e psicotropi
- le ricette con farmaci classificati come Ex Osp-2 e tutti i farmaci A/PHT
- le ricette per pazienti esenti per patologia cronica o rara che non abbiano registrato l'autocertificazione E30/E40

Il processo in estrema sintesi prevede che:

1 il Medico prescrittore, a prescrizione elettronica avvenuta, rilasci all'assistito il promemoria della ricetta dematerializzata provvisto di Numero Ricetta Elettronica (NRE) e codice di autenticazione dell'avvenuta transazione;

2 la Farmacia, sulla base delle informazioni di cui al promemoria e codice di autenticazione, preleva i dati del farmaco da erogare e ritira il promemoria presentato dall'assistito (su cui applica le fustelle).

Il cambiamento che si realizza con questo progetto significa che le informazioni contenute nelle prescrizioni, finora redatte sulla ricetta del S.S.N., sono sostituite da quelle registrate in modalità informatica: le uniche ad avere valore legale/giuridico. Per fare ciò, in fase di prescrizione, il medico, per ogni ricetta, registrerà sul Sistema di Accoglienza Centrale le informazioni contenute nella prescrizione; la stessa registrazione, sarà utilizzata, da parte della farmacia, in fase di erogazione, per la consegna dei farmaci all'assistito. Tali operazioni sono automatiche e non richiedono azioni diverse rispetto alle attuali.

Il DM 2 novembre 2011 "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 11, comma 6, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)" di de-materializzazione del modello rosso S.S.N. obbliga, all'atto della prescrizione, la stampa del cosiddetto "promemoria" cartaceo in carta semplice in formato A5, che, pur non avendo nessun valore legale, garantisce agli assistiti l'erogazione delle prestazioni, nelle situazioni d'indisponibilità dei sistemi informativi di farmacia.

Il progetto di dematerializzazione non modifica le norme regionali e nazionali in vigore, relative alla compilazione della ricetta in fase prescrittiva ma garantisce, in fase di erogazione, ad ogni assistito il rispetto di quanto prescritto dal medico.

SINTESI INDICAZIONI D'UTILIZZO DEI VARI TIPI DI RICETTARIO

I Medici autorizzati all'utilizzo del ricettario regionale devono attenersi ai vincoli prescrittivi normati in modo differenziato per le diverse categorie.

UTILIZZATORI	INDICAZIONI di UTILIZZO
▸ MEDICI DI MEDICINA GENERALE ▸ PEDIATRI DI FAMIGLIA	– Proposte di ricovero ospedaliero e di Day Hospital – Prescrizioni di specialità medicinali e galenici (esclusi gli stupefacenti) – Prescrizioni di prestazioni specialistiche, diagnostiche e termali – Prescrizioni d'assistenza integrativa (prodotti dietetici, presidi/ausili, presidi per diabetici)
▸ MEDICI DI CONTINUITA' ASSI-STENZIALE (con la dicitura "Servizio continuità assistenziale")	– Prescrizioni di farmaci non differibili – Proposte di ricovero ospedaliero
▸ MEDICI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E DI STRUTTURE SA-NITARIE DI DIRITTO PRIVATO SIA INTRA CHE EXTRA OSPEDALIERE, ACCREDITATE E A CONTRATTO CON IL SSR ▸ MEDICI DEGLI IRCS DI DIRITTO PUBBLICO E PRIVATO ▸ MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI	– Prescrizioni di prestazioni specialistiche, diagnostiche per approfondimenti ed indagini ai fini della definizione diagnostica (escluso per pre-ricovero chirurgico), per follow up; prescrizioni farmaceutiche a favore di cittadini lombardi

▸ SPECIALISTI DEI CONSULTORI ASL ▸ SPECIALISTI DEI SER. D.	Prescrizioni di tutte le prestazioni specialistiche e dei farmaci strettamente connessi alla patologia ed alla specifica branca specialistica
▸ MEDICI DI R.S.A.	– Prescrizioni di prestazioni specialistiche e/o diagnostiche – Proposte di ricovero ospedaliero o di Day Hospital
▸ MEDICI DI STRUTTURE ACCRE-DITATE A CONTRATTO CON IL SSR	Prescrizioni di prestazioni diagnostiche specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche a favore di assistiti lombardi
▸ MEDICI CARITAS	Prescrizioni di prestazioni diagnostiche specialistiche ambulatoriali e di ricovero per soggetti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno.

TIMBRI DISTINTIVI

α) Il timbro del **MMG/PdF/Medico di Continuità Assistenziale** deve rispettare le indicazioni normative e quindi deve:

- riportare chiaramente in modo leggibile le seguenti voci:
  - COGNOME E NOME
  - CODICE REGIONALE
  - NUMERO TELEFONICO

Al posto del timbro è possibile anche annotare a mano i dati sopraindicati.

Premesso che il prescrittore debba essere sempre identificabile, si ritiene necessario che in caso di sostituzione con medico non convenzionato, la prescrizione riporti sia il timbro del medico sostituito sia un timbro o altro elemento identificativo del sostituto con nome e cognome, codice fiscale.

β) Il timbro degli **altri prescrittori** deve indicare:

- COGNOME E NOME
- CODICE FISCALE DEL MEDICO
- STRUTTURA D'APPARTENENZA
- NUMERO TELEFONICO

Queste indicazioni valgono anche per gli Specialisti di struttura privata accreditata a contratto che prescrivono prestazioni specialistiche ambulatoriali e o farmaci.

NOTA BENE
L'urgenza differibile ***(bollino verde)*** *è riservata a quelle situazioni che, pur in assenza di rischi immediati, richiedono – entro un tempo massimo di 72 ore – una valutazione diagnostica od un intervento terapeutico.*
La valutazione dell'urgenza differibile e il ricorso all'utilizzo del "BOLLINO VERDE" è di ***competenza del MMG/PDF*** *che ha in carico il paziente e, dal 13 ottobre 2010 con delibera della Regione Lombardia n. 621, anche dello* ***SPECIALISTA (di struttura pubblica e/o privata accreditata a contratto)*** *che richiede la prestazione ritenuta urgente differibile.*