

INDICAZIONI OPERATIVE

INERENTI LE NORME PER LA CORRETTA 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

INTRODUZIONE

Il ricettario unico regionale può essere **utilizzato esclusivamente per la prescrizione di prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale:**

Il ricettario unico 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, concorsi ecc.
- per screening di non comprovata efficacia (tutti a carico del cittadino richiedente),
- per controlli di prestazioni inerenti l'attività di medico competente (a carico del datore di lavoro),
- non può essere **MAI** utilizzato nell'espletamento della attività libero professionale.

FONTI

Codice deontologico

Legge 326/03 art50

Circolare del Dipartimento della salute della Regione Calabria del 12/12/2005 e successive

SOGGETTI PRESCRITTORI

- **Medici ospedalieri e delle case di cura accreditate**
- **Medici di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei policlinici universitari**
- **Medici specialisti operanti negli ambulatori interni**
- **Medici specialisti ambulatoriali esterni**
- **Medici di mg e pls**
- **Medici di continuità assistenziale**

IL RICETTARIO UNICO E' STRETTAMENTE PERSONALE E NON DEVE ESSERE UTILIZZATO DAI MEDICI CHE SVOLGONO ATTIVITA LIBERO PROFESSIONALE, NE' DA MEDICI DIPENDENTI NELLA LORO ATTIVITA LIBERA PROFESSIONALE INTRA O EXTRA MOENIA.

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

1) L'impegnativa per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici, ha validità di 180 GIORNI dalla data di compilazione alla data di prenotazione ed ha valore su tutto il territorio nazionale, al contrario la ricetta con la prescrizione di farmaci è valida solo per 30 giorni ed è spendibile solo della regione di appartenenza del medico proscrittore ed in quelle extraregionali di confine eventualmente accreditate;

2) 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);

3) L'assistito **non** può recarsi direttamente negli ambulatori pubblici senza l'impegnativa. Solo nei casi di situazioni d'urgenza è **consentito l'accesso diretto al PS.**

In tal caso la prima prescrizione di medicinali, solo se strettamente connessi all'urgenza, deve essere compilata dai medici del P.S.;

4) La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve essere corredata obbligatoriamente dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico e dal Grado di PRIORITA', di cui il medico si assume completa responsabilità;

5) 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 ...);

- 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;

6) **In caso di richiesta di ricovero** il MMG/PdF/MCA provvederà alla corretta compilazione della scheda di accesso in ospedale, come da normativa vigente (accordo collettivo nazionale-ACN 2006/2009 –allegato E) (vedi oltre).

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, nel rispetto della privacy e della dignità del paziente, e contenere inoltre all'identificazione completa dello Specialista;

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' da evitare 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 30 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;

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 a meno che il paziente non le abbia già fatte negli ultimi 1-3 mesi, in base a quanto stabilito dalle LL.GG.

gli approfondimenti necessari a rispondere al quesito diagnostico

le prestazioni da eseguire dopo la dimissione (dopo trenta giorni) o la consulenza specialistica

Non Deve prescrivere

gli accertamenti preliminari a ricovero o intervento chirurgico

gli accertamenti ed i controlli entro i 30 giorni successivi al ricovero (in quanto ricompresi nel DRG del ricovero)

C) 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, ed è compito dello Specialista provvedere ai relativi adempimenti prescrittivi necessari (piano terapeutico). In tutti i casi i medici prescrittori devono apporre il proprio timbro e firma sulla ricetta, ben leggibili da chiunque, perché possa essere sempre accertata e tracciabile la provenienza della prescrizione stessa;

b) 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 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 scritto al trattamento. In questo caso in nessun modo il farmaco può essere prescritto su ricettario regionale;

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;

d) Erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione: in alcuni casi l'Azienda Ospedaliera o la struttura ospedaliera provvederà ad erogare direttamente alcune tipologie di farmaci, in quantità sufficiente al raggiungimento del primo accesso di controllo 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;

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 in quantità sufficiente per assicurare il primo ciclo terapeutico e la successiva presa in carico da parte del MMG o PdF.

D) 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

E) CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR (Legge 286/98)

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 deve, quindi, 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.

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.

b) 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.

c) 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

d) 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.

F) 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.

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

G) PRESTAZIONI CORRELATE AL RICOVERO:

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

La scheda di accesso in Ospedale deve prevedere:

1. il motivo del ricovero;
2. gli accertamenti eventualmente effettuati e la terapia praticata in atto (la segnalazione degli accertamenti effettuati, come esami strumentali e/o di laboratorio, possono essere importanti per facilitare l'iter diagnostico ospedaliero; allo stesso modo segnalare la terapia non solo per la malattia in atto, motivo del ricovero, ma per tutte le altre malattie che il paziente dovesse avere, è indispensabile per evitare errori medici e per garantire la compliance terapeutica);
3. i dati estratti dalla scheda sanitaria (è opportuno segnalare non solo le patologie che sono strettamente legate al motivo del ricovero, ma tutte le altre patologie di cui è affetto il paziente. In particolare è necessario segnalare anche eventuali interventi chirurgici subiti e, cosa fondamentale, eventuali allergie/intolleranze a farmaci e/o altro del paziente, registrate nella scheda sanitaria tenuta dal MMG);

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.

H) LE PRESTAZIONI SUCCESSIVE AL RICOVERO:

a) Le procedure effettuate presso la medesima struttura nell'immediato post ricovero, effettuate solitamente entro il termine dei **30 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 .

I) 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, ad i farmaci usati off-label).

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).

L) 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.

Il piano terapeutico deve essere redatto in triplice copia dallo specialista che trattiene una copia, invia la seconda copia al MMG/PdF, e la restante copia al Servizio Farmaceutico dell'ASL di residenza dell'assistito per le verifiche del caso.

M) 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.

N) UTILIZZATORI e INDICAZIONI di UTILIZZO

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

PEDIATRI DI FAMIGLIA

- Proposte di ricovero ospedaliero

- Prescrizioni di specialità medicinali

- Prescrizioni di prestazioni specialistiche, diagnostiche e termali

- Prescrizioni di attivazione ADI O DI RICOVERO IN RSA

MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (con la dicitura "Servizio continuità assistenziale")

- Prescrizioni di farmaci non differibili

- Proposte di ricovero ospedaliero urgente

MEDICI degli Ospedali e di STRUTTURE SANITARIE di DIRITTO PRIVATO sia intra a che extra Ospedaliero, accreditate ed 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 prericovero chirurgico), per follow up;

- prescrizioni farmaceutiche

SPECIALISTI DEI CONSULTORI ASL

-Prescrizioni di tutte le prestazioni specialistiche e dei farmaci strettamente connesse all'attività specifica

MEDICI DI STRUTTURE ACCREDITATE A CONTRATTO CON IL SSR

-Prescrizioni di prestazioni diagnostiche specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche

O) TIMBRI DISTINTIVI

a) 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 e n.° di iscr. Ordine o Codice Regionale

b) Il timbro degli altri prescrittori deve indicare:

- COGNOME e NOME o CODICE FISCALE DEL MEDICO o CODICE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE o N° di Matricola della STRUTTURA D'APPARTENENZA

Queste indicazioni valgono anche per gli Specialisti di struttura privata, sia accreditata che no, che:

- prescrivono prestazioni specialistiche ambulatoriali e o farmaci;
- refertano indagini diagnostiche e/o di laboratorio.

Cosenza. li 8 Novembre 2012

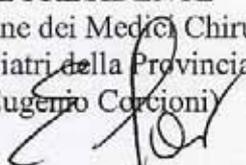
NB: I medici di PS devono in linea generale curare l'acuzie e non modificare terapie in corso. Qualora ritengano di modificare e/o avviare terapie dovranno attenersi al presente protocollo.

Letto, confermato e sottoscritto

Cosenza.....

IL PRESIDENTE

dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Cosenza
(Dr. Eugenio Corcioni)



Cosenza.....

IL DIRETTORE GENERALE

dell'ASP COSENZA
(Dr. Gianfranco Scarpelli)



Cosenza.....

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Ospedaliera di COSENZA
(Avv. Paolo Maria Gangemi)

