



DIREZIONE SANITARIA
Direttore – dott. Giorgio Barbaglio

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Direttore – dott. Vito Brancato

ISTRUZIONI PER IL CORRETTO UTILIZZO DEI RICETTARI

Aggiornato al 19 agosto 2013

Hanno collaborato alla redazione del documento:

- Concetta Carrubba - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale - Responsabile Servizio di Continuità Assistenziale e Continuità Assistenziale Stagionale – Coordinatore -
- Angela Nardi - Dirigente Medico del Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo – Nucleo Operativo di Controllo degli erogatori attività Ambulatoriale
- Marco Gambera – Dirigente Farmacista Servizio Farmaceutico Territoriale
- Laura Spoldi - Dirigente Farmacista Responsabile Servizio Assistenza Farmaceutica
- Rossana Piccinelli - Dirigente Farmacista Responsabile Servizio di FarmacoEconomia
- Giuseppa Chiricosta – Farmacista del Servizio di FarmacoEconomia
- Eletta Rossetti – Infermiera del Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale

INDICE

Premessa	PG. 4
1) Tipi di ricettario	PG. 5
Ricettario personale	PG. 5
• Ricetta magistrale non ripetibile per	PG. 6
• Ricetta con prescrizione di sostanze	PG. 6
• Ricetta con prescrizione di farmaci a rischio teratogeno (es. Isotretinoina)	PG. 6
• Ricetta con prescrizione di specialità anoressizzanti ad azione	PG. 6
Ricettario unico personale SSN	PG. 8
Approvvigionamento e ritiro del Ricettario del SSN.....	PG. 8
Ricettario SSN e sostituzione Medici Cure Primarie.....	PG. 9
Prestazioni prescrivibili con il Ricettario del SSN	PG.10
Chi è autorizzato a utilizzare il Ricettario Unico del SSN.....	PG.10
Norme di carattere generale sulla compilazione.....	PG.11
Prescrizioni di prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale	PG.12
– Quesito Diagnostico.....	PG.12
– Limite di Prescrivibilità.....	PG.13
– Prescrizione di Prestazioni con Priorità d'Accesso.....	PG.14
– Rischio Oncologico.....	PG.15
– Rischio CardioVascolare.....	PG.16
– Area Geriatria.....	PG.16
– Bollino per Urgenza Differibile.....	PG.17
– Prescrizioni specialistiche Ambulatoriali In Esenzione.....	PG.17
Prescrizioni di prestazioni di Assistenza Farmaceutica	PG.18
– La Ricetta per Prescrizioni Farmaceutiche – Criteri Generali	PG.18
– Limiti quantitativi all'interno della Ricetta SSN.....	PG.19
– Tagliando Autoadesivo.....	PG.19
– Indicazioni per corretta compilazione della Ricetta Farmaceutica.....	PG.19
□ Note Aifa.....	PG.19
□ Nuove modalità di prescrizione dei medicinali equivalenti nell'ambito del SSN (Legge n° 135 del 07/08/2012).....	PG.20
□ Prescrizione di Farmaci in Esenzione.....	PG.20
Per gli Assistiti Lombardi.....	PG.20
Per gli Assistiti Non Lombardi.....	PG.22
– Compilazione Ricetta Stranieri Temporaneamente in Italia.....	PG.23
□ Modalità di compilazione della Ricetta Stranieri in base al documento presentato.....	PG.24
Assistiti UE forniti di tessera europea o suo fac-simile.....	PG.24
Assistiti UE residenti titolari di formulario E106, E109., E120, e211/S con assegnazione del MAP/PdF che ottengono dall'ASL il modello "Allegato 1"	PG.25
Assistiti UE residenti titolari di formulario E112/S2, E123/DAI senza assegnazione del MAP/PdF che ottengono dall'ASL il modello "Allegato 1"	PG.26
Assistiti di paesi Extra CEE, con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale, che ottengono dall'ASL il modello "Allegato 2"	PG.27

Ricetta ministeriale a ricalco (R.M.R.)	PG.28
• Modalità prescrittive sul Ricettario Stupefacenti.....	PG.29
• Dove reperire e ritirare i Ricettari Stupefacenti.....	PG.30
2) Tipi di prescrizioni farmaceutiche	PG.31
• Ricette ripetibili (RR), Ricette non ripetibili (RNR), Ricette Limitative (RRL o RNRL).....	PG.33
3) Prescrizioni di prestazioni specialistiche a carico del SSN	PG.30
• Richiesta-proposta di visita specialistica ambulatoriale.....	PG.33
• Richiesta di ricovero da parte del MAP o PdF.....	PG.35
• Richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o esami strumentali e/o ematochimici.....	PG.35
• Modalità di prescrizione e/o tariffazione per alcune prestazioni ambulatoriali di laboratorio	PG.35
• Prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica (All. 5).....	PG.41
• Criteri di prescrivibilità delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione comprese in altre branche (All. 6).....	PG.41
• Criteri per l'erogazione della prestazione Densitometria ossea in ambito di SSR (All. 7).....	PG.41
• Correzione dei vizi di refrazione con chirurgia laser ad eccimeri (All. 8).....	PG.41
4) Prontuario Terapeutico Provinciale	PG.42
5) Richiesta di ricoveri in regime di Day-Hospital	PG.44
• Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC).....	PG.44
6) Attestato o certificato di malattia	PG.48
7) Prescrizioni del Medico di Continuità Assistenziale	PG.50
8) Referti di esami strumentali particolari	PG.51
9) Conclusione	PG.51
ELENCO ALLEGATI PER ARGOMENTO	PG.52

PREMESSA

Questo documento, predisposto dal Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale dell'ASL di Bergamo, vuole essere uno strumento aggiornato che agevoli la consultazione e l'utilizzo del Ricettario da parte del personale Medico e che, allo stesso tempo, garantisca agli Assistiti una corretta prescrizione farmaceutica e un'adeguata prescrizione di prestazioni specialistiche.

Con l'obiettivo di renderne la consultazione ancora più efficace e immediata, il documento "Istruzioni per il corretto utilizzo dei Ricettari" è disponibile anche sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo, all'indirizzo www.asl.bergamo.it.

Nella speranza che piccoli accorgimenti come questi riescano, seppur in parte, a rendere più semplici e conformi alla Normativa vigente le modalità delle prescrizioni sanitarie, ringrazio gli estensori del documento e quanti contribuiscono al suo costante aggiornamento e alla sua pubblicizzazione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Dott. Vito Brancato

1) TIPI DI RICETTARIO

Le prescrizioni di prestazioni e farmaci devono essere effettuate in un "ricettario", che può essere:

1. **Ricettario Personale** (ricetta bianca);
2. **Ricettario del SSN**;
3. **Ricetta Medica Ministeriale a Ricalco** (RMR1 o RMR2) per **Stupefacenti** (Legge 309/90 aggiornata con Legge n. 49/2006);

A) RICETTARIO PERSONALE

Nella dizione comune noto anche come "ricetta bianca", è costituito da fogli di carta intestati o sottoscritti anche mediante la sola timbratura e firma autografa dal Medico, in modo tale da poter consentire l'individuazione del prescrittore (la sola firma non è considerata idonea a identificare il Medico).

IL RICETTARIO PERSONALE SI UTILIZZA PER:

- **PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI**
- **FARMACI NON EROGABILI IN REGIME DI SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**
- **PRESCRIZIONI EFFETTUATE IN LIBERA PROFESSIONE**

IL RICETTARIO PERSONALE DEVE CONTENERE:

- **NOME**
- **COGNOME**
- **DATA DI PRESCRIZIONE**
- **DICITURA MEDICO – CHIRURGO**
- **INDIRIZZO DEL MEDICO** (facoltativamente con eventuali specializzazioni)

Anche nelle ricette con intestazioni di Ospedali o Case di Cura IL MEDICO PRESCRITTORE DEVE ESSERE SEMPRE BEN IDENTIFICABILE (non è sufficiente la sola firma).

PARTICOLARI MODALITA' PRESCRITTIVE DEL RICETTARIO PERSONALE:

- **RICETTA MAGISTRALE NON RIPETIBILE PER VELENO:** la prescrizione di veleni a fini terapeutici deve essere effettuata dal Medico chirurgo o veterinario riportando la dose del medicamento (cioè il quantitativo) scritta a lettere. Il farmacista deve trattenere la ricetta e trascrivere su di essa nome e cognome dell'acquirente, che deve aver compiuto i 16 anni di età. La ricetta deve essere conservata per 6 mesi (art.87, c.7 Legge Finanziaria 2001).
- **RICETTA CON PRESCRIZIONE DI SOSTANZE DOPANTI:** le preparazioni galeniche, officinali o magistrali, che contengono principi attivi o eccipienti appartenenti alle classi farmacologicamente vietate - in quanto il loro uso è considerato doping - sono **prescrivibili solo dietro** presentazione di **ricetta medica non ripetibile** (RNR). (art. 7, c.4 - L.14.12.2000, N. 376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping", GU 18.12.2000 n. 294).
- **RICETTA CON PRESCRIZIONE DI FARMACI A RISCHIO TERATOGENO (es. Isotretinoina).** La ricetta deve riportare le informazioni previste nel Programma di prevenzione del rischio teratogeno. **Validità della ricetta: 7 giorni dall'emissione.** La ricetta deve riportare: data di certificazione, posologia (mg/Kg), **terapia massima di 30 giorni.** Le dosi di farmaco non utilizzate dal paziente alla fine della terapia devono essere restituite in farmacia per il corretto smaltimento delle stesse. Al di fuori del Programma di prevenzione del rischio teratogeno la ricetta è semplicemente Ripetibile (RR) o Non Ripetibile (RNR), secondo la specialità medicinale prescritta.
- **RICETTA CON PRESCRIZIONE DI SPECIALITÀ ANORESSIZZANTI AD AZIONE CENTRALE** (DM 18.9.1997): le ricette contenenti la prescrizione di specialità medicinali ad azione anoressizzante centrale sono **ricette non ripetibili** (RNR). Al momento della loro presentazione in farmacia **devono essere accompagnate da un piano di trattamento generale del paziente redatto da uno specialista in Scienza dell'Alimentazione o Endocrinologia e Malattie del Ricambio o Diabetologia o Medicina Interna**, contenente le seguenti indicazioni:
 - nome e cognome del paziente;
 - data di compilazione;
 - indicazione del nome e della confezione della specialità medicinale;

- dichiarazione del Medico, sotto la propria responsabilità, che all'inizio del trattamento l'indice di massa corporea del paziente era maggiore od uguale a 30 Kg/m²;
- dose giornaliera del farmaco e durata della terapia che non può in nessun caso superare i 3 mesi;
- nome, cognome, indirizzo e firma del Medico con l'indicazione della specializzazione posseduta.

Il piano terapeutico, se presentato da solo, e le ricette redatte dopo la data di scadenza del piano terapeutico o, comunque, dopo 3 mesi dalla data di compilazione di questo, non sono spedibili.

E' possibile dispensare più di una confezione solo in occasione della prima dispensazione del prodotto e a condizione che il numero delle confezioni non superi una durata della terapia di 30 giorni. Nelle successive spedizioni potrà essere dispensata solo una confezione per ricetta.

La ricetta può essere redatta sia dal Medico specialista sia dal Medico curante, unitamente al piano generale di terapia redatto dallo specialista.

Nelle spedizioni successive alla prima potrà essere dispensata una sola confezione per ricetta.

B) RICETTARIO UNICO PERSONALE SSN

Modulo a lettura ottica previsto dal Decreto del 18 Maggio 2004 del Ministero dell'Economia e delle Finanze in accordo con il Ministero della Salute. Il nuovo modello di ricetta presenta in alto a destra il codice a barre, che identifica la Regione, l'anno e il numero della ricetta. E' inoltre prevista sul modello l'indicazione per esteso della Regione e la numerazione progressiva delle ricette che è unica all'interno di ogni singola Regione. Il nuovo ricettario ha sostituito tutti i moduli utilizzati per la prescrizione di prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero il modulo ricettario Unico Regionale Standard cod. 1-2-7 ed i moduli interni utilizzati dalle Strutture erogatrici (dal 1.03.05).

APPROVVIGIONAMENTO E RITIRO DEL RICETTARIO DEL SSN

L'ASL provvede all'approvvigionamento, alla registrazione su apposito programma anagrafico regionale e alla consegna del ricettario ai singoli MAP/PdF, MCA, Medici operanti in Servizi della Stessa Azienda ASL, Medici RSA, RSD ed IDR accreditate e per le Strutture Private Accreditate a contratto:

- *La consegna del ricettario deve essere personale o su delega scritta e firmata dal Medico;*
- *La registrazione del ricettario/i su apposito programma informatico regionale prevede l'inserimento dei numeri identificativi delle ricette consegnate al Medico. Le Aziende Ospedaliere pubbliche accreditate provvedono in modo autonomo all'approvvigionamento dei ricettari, alla registrazione sul programma anagrafico regionale e alla consegna ai singoli Medici operanti nella Struttura.*

RICETTARIO SSN E SOSTITUZIONE MEDICI CURE PRIMARIE

- ***In caso di sostituzione ogni Medico iscritto agli elenchi del MAP/PdF deve utilizzare il proprio ricettario con il proprio timbro e la propria firma.*** I medici non iscritti agli elenchi della Medicina Generale per sostituzioni non superiori a 30 giorni continuativi utilizzeranno invece il ricettario e il timbro con codice regionale del Medico sostituito, apponendo la propria firma leggibile e possibilmente anche il proprio timbro. Sostituzioni più lunghe prevedono l'attribuzione di un ricettario personale. I Medici facenti parte di forme associative utilizzeranno il proprio ricettario e il proprio timbro per **prescrizioni effettuate ad assistiti in carico a Medici della stessa forma associativa** sia durante la fase di attività volta a garantire la continuità assistenziale nell'arco della giornata, sia durante le sostituzioni per assenza di uno o più Medici dell'associazione.
- I MAP/PdF utilizzeranno il ricettario del SSN anche per prescrizioni di **prestazioni a seguito di visite "occasional"** (art.57 ACN/05), prescrizioni effettuate in favore di cittadini che, trovandosi eccezionalmente a di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del Medico di Assistenza Primaria del luogo in cui si trovano. In questi casi il Medico, oltre a effettuare la prescrizione sul ricettario del SSN secondo le disposizioni vigenti, è tenuto ad indicare l'indirizzo di residenza dell'assistito.
- Il ricettario non è cedibile.
- Qualunque prescrizione venga effettuata, la ricetta deve contenere i dati previsti dalla normativa.
- I ricettari non utilizzati completamente o utilizzati in parte, per esempio per cessazione incarico o altro, devono essere restituiti all'ASL.

IL RICETTARIO UNICO È DESTINATO ALLA PRESCRIZIONE DI :

- **Prestazioni sanitarie con onere a carico del SSN nazionale** effettuate presso Strutture Pubbliche e Private Accreditate a contratto e per le prescrizioni di farmaci a carico del SSN;
- **Prestazioni sanitarie per i 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;
- **Prestazioni sanitarie con onere a carico del Ministero della Salute, prescrivibili a favore del personale Navigante, Marittimo e dell'Aviazione Civile.**

SONO AUTORIZZATI A UTILIZZARE IL RICETTARIO UNICO DEL SSN:

- Medici di Assistenza Primaria (MAP) e Pediatri di Famiglia (PdF);
- Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e di Continuità Assistenziale Stagionale (MCS);
- Medici dell'Emergenza Territoriale;
- Medici Specialisti operanti in Aziende Ospedaliere Pubbliche;
- Medici Specialisti operanti in Strutture private accreditate per prescrizioni, di prestazioni specialistiche ambulatoriali **e di farmaceutica (DGR 9581/09 e 10804/2009), ai soli assistiti lombardi;**
- Medici dei presidi e servizi della ASL (Consultori, SERT);
- Medici ASL per prescrizione fornitura ausili;
- Medici dipendenti da strutture RSA per pazienti non assistiti da MAP per prescrizioni specialistiche e proposte di ricovero;
- Medici dipendenti da strutture RSD e IDR accreditate per prescrizioni specialistiche e proposte di ricovero;
- Medici Case Circondariali.

E' vietato l'uso del ricettario unico nazionale durante l'attività libero professionale dei Medici di Cure Primarie, degli Specialisti operanti presso Strutture Pubbliche e Private Accreditate a contratto e di tutti i restanti Medici autorizzati al suo utilizzo in regime ***sia intra sia extra moenia***, configurandosi quale illecito penale.

MODALITA' PRESCRITTIVE DEL RICETTARIO UNICO PERSONALE SSN

Poiché l'utilizzo corretto del ricettario unico prevede la compilazione esatta di tutte le parti di interesse, si descrivono di seguito le modalità prescrittive che potrebbero dare adito a dubbi o a interpretazioni diversificate.

- **NORME DI CARATTERE GENERALE SULLA COMPILAZIONE**

- **Nome e Cognome Assistito:** nel caso in cui il paziente richieda l'anonimato è consentito indicare soltanto le iniziali.
- **Codice fiscale dell'assistito**
- **Codice ASL dell'assistito:** va compilato quando l'ASL dell'assistito non coincide con quella del Medico di Cure Primarie o - per gli Specialisti - con quella della Struttura che rilascia la prescrizione. Al codice ASL va associato la sigla della Provincia quando l'assistito proviene da altra Regione.
- **Nel caso di assistito SSN:** è obbligatorio indicare il codice fiscale dell'assistito (non il numero di tessera sanitaria);
- **Nel caso di assistito SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) italiano:** è obbligatorio indicare il codice fiscale assistito;
- **Nel caso di assistito SASN straniero:** lo spazio relativo al codice fiscale non deve essere compilato - "nell'area tipo ricetta" verrà inserito il codice NE per assistito straniero europeo - NX per assistito straniero extra europeo;
- **Nel caso di stranieri irregolari temporaneamente presenti sul territorio:** riportare il codice **STP** assegnato dai Centri Unici di prenotazione e/o Laboratori delle Aziende Ospedaliere o degli IRCCS di diritto pubblico (**il caso non riguarda i MAP/PdF/MCA**, in quanto tali persone possono fruire solamente di specifiche prestazioni erogate dalle Strutture ospedaliere, ma non fruiscono dell'assistenza sanitaria di base);
- **Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere:** lo spazio relativo al codice fiscale non deve essere compilato; i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati nello specifico spazio del retro della ricetta;
- **Tipologia della prestazione:**
 - o Il prescrittore contrassegna la casella in cui è indicata la lettera **S** se la proposta di prescrizione gli è stata suggerita da specialista o Struttura di ricovero;
 - o il prescrittore contrassegna la casella in cui è indicata la lettera **H** nel caso di prescrizione di proposta di ricovero;
 - o la casella senza contrassegno denominata "**altro**", ad oggi in Regione Lombardia non deve essere compilata.

- **Timbro e firma del Medico:**

Il timbro deve riportare:

- o **per MAP/PdF/MCA:** nome e cognome, codice regionale del Medico e numero di telefono;
- o **per gli altri prescrittori:** nome e cognome, codice fiscale del Medico, Struttura di appartenenza e recapito telefonico;
- o **data della prescrizione:** obbligatoria;
- o **retro della ricetta:** obbligatoria in caso di prescrizioni a favore di assistiti di istituzioni estere, in possesso di tessera europea, di assicurazione malattia o documento equivalente.

• **PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE**

**PERIODO DI VALIDITA' DELL'IMPEGNATIVA CON PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE**

Il periodo di validità dell'impegnativa con prescrizioni di prestazioni specialistiche è individuato in dodici mesi dalla "data di compilazione" della stessa alla "data di 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 dodici mesi (**DGR 621 del 13 ottobre 2010**).

- **QUESITO DIAGNOSTICO:**

La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve essere sempre corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico (DGR n. VIII/09581 giugno 2009).

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possono rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dal 1 ottobre 2009 in poi. Per quanto attiene la compilazione del quesito diagnostico/sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cardiocerebrovascolare o oncologica o metabolica.

Il quesito/sospetto diagnostico ha la duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico :

- la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (es. colica addominale....);
- 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.

La prescrizione può contenere la richiesta di consulto specialistico. Il Medico (MAP o PdF) può procedere al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando ritenga non necessaria la visita del paziente.

Nel caso in cui il paziente richieda al Medico di omettere l'indicazione della diagnosi sulla ricetta, il Medico apporrà la dicitura: "*Omessa diagnosi su esplicita richiesta dell'interessato*". In aggiunta, dovrà indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico su un foglio separato in busta chiusa.

– **LIMITE DI PRESCRIVIBILITA':**

Ogni prescrizione può contenere prestazioni appartenenti a una sola branca specialistica.

Prescrizioni riguardanti branche specialistiche diverse, così come prescrizioni di prestazioni esenti e di prescrizioni non esenti, devono essere effettuate su ricette diverse.

Nel caso di *prestazioni che appartengono a più di una branca specialistica* la prescrizione è valida se esiste *almeno una branca comune* a tutte le prescrizioni contenute.

Potranno, ad esempio, essere prescritte nella stessa ricetta l'ecocolor-doppler art. sup. e inf. e prestazioni specialistiche ambulatoriali comprese nella branca di cardiologia (ECG - visita cardiologia, ecc.) o nella branca di chirurgia cardiovascolare perché tale prestazione è compresa in entrambe le branche specialistiche **(All. 1-bis)**

Una stessa prestazione può essere prescritta per più di una volta nella stessa prescrizione: il

Medico prescrittore deve indicare la quantità associata a ogni prestazione prescritta.

Ogni prescrizione può contenere un massimo di otto prestazioni, salvo i casi particolari, relativi a prestazioni di tipo ciclico.

Comunque, la compilazione delle ricette per prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali continua ad avvenire seguendo quanto disposto a suo tempo dal Decreto della Direzione Generale Sanità n° 32731 del 18.12.2000 "approvazione linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario" **(All. 1)**

- **PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI CON PRIORITÀ DI ACCESSO**

Con delibera regionale n. 1775 del 24/05/2011 sono state fornite indicazioni relative alla modalità di prescrizione, tramite l'utilizzo dello spazio "area priorità della prestazione" presente sul ricettario SSN.

L'identificazione delle priorità di accesso riguarda **tutte le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale.**

Il Medico Prescrittore (MCP e Medici Specialisti delle Strutture Pubbliche e Private che hanno in uso il ricettario del SSN, ecc.) **potrà indicare sulla prescrizione la modalità di accesso alla prestazione più appropriata per il proprio Assistito.**

Per individuare la classe di priorità scelta per la prescrizione il Medico barrerà l'apposita casella presente sulla ricetta SSN nella "area priorità della prestazione" optando tra i valori U, D, P.

Il Prescrittore barra la casella "U" e appone sulla ricetta il "bollino verde" per le prestazioni da eseguirsi entro 72 ore dalla prenotazione ("urgenza differibile", riservata a quelle situazioni che, pur in assenza di rischi immediati, richiedono una valutazione diagnostica e/o un intervento terapeutico entro un tempo massimo di 72 ore);

- **il Prescrittore barra la casella "D" per le prestazioni di primo accesso, da eseguirsi entro 30 gg per le visite ed entro 60 gg per le prestazioni strumentali;**
- **il Prescrittore barra la casella "P" per prestazioni programmate - Visita o esami di controllo, follow up - con tempo d'attesa di norma entro 180 giorni e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione**

In caso di mancata compilazione dell'"*area priorità della prestazione*" la prenotazione viene effettuata nei tempi delle prestazioni programmate.

Si conferma che in Regione Lombardia la casella "B" nell'"*area priorità della prestazione*" non deve essere compilata.

Si conferma quanto indicato nella DGR 2828/2006, che stabilisce una riduzione dei tempi d'attesa massimi per alcune prescrizioni rientranti **nell'area di rischio cardiovascolare, oncologica, geriatrica.**

1. RISCHIO ONCOLOGICO

Se il prescrittore appone l'indicazione "**RISCHIO ONC.**" e indica il problema clinico o il sospetto diagnostico è garantito, **per le sole prestazioni** sotto elencate:

un tempo d'attesa massimo di 16 giorni per le visite e le prestazioni strumentali;

un tempo d'attesa massimo di 30 giorni per i ricoveri.

Codice Nomenclatore Tariffario	DESCR_PRESTAZ_completa
897B6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA
897C1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA
87371	MAMMOGRAFIA BILATERALE;
87372	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE;
8741	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL TORACE;
87411	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO;
88011	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME SUPERIORE;
88012	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
88013	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME INFERIORE;
88014	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO;
88015	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME COMPLETO
88016	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
88911	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO;
88912	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
88954	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO;
88955	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO;
88741	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE;
88751	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE ;
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88731	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
88732	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA
4513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD];
4516	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA;
4523	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE;
4524	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE;
3322	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE;
7021	COLPOSCOPIA
5732	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE];
6011	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA;
60111	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA;

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO
Interventi chirurgici tumore Mammella
Interventi chirurgici tumore Prostata
Interventi chirurgici per tumori Colon retto
Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)

2. RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Se il prescrittore appone sulla ricetta l'indicazione "**RISCHIO CV**" è garantito, per le sole prestazioni sotto elencate:

un tempo d'attesa massimo di 16 giorni per le visite e 40 giorni per le prestazioni strumentali.

Codice Nomenclatore Tariffario	DESCR_PRESTAZ_completa
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
897A6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI ; A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA; A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
8950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO;
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA
8941	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE;
8943	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO;
89611	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
9336	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

3. AREA GERIATRICA

Se il prescrittore appone sulla ricetta l'indicazione "**AREA GERIATRICA**" è garantito, per le sole prestazioni sotto elencate e per soggetti di età pari o superiore a 75 anni:

un tempo d'attesa massimo di 16 giorni per le visite e 40 giorni per le prestazioni strumentali.

Codice Nomenclatore Tariffario	DESCR_PRESTAZ_completa
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]
8703	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO;
87031	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO;
88381	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE;
88382	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO;
88903	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE;
88385	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO;
95411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
89371	SPIROMETRIA SEMPLICE
89372	SPIROMETRIA GLOBALE
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI

- BOLLINO PER L'URGENZA DIFFERIBILE (bollino verde):

Per le prestazioni considerate “**urgenti ma differibili**”, la cui urgenza non comporta comunque l'accesso alle strutture dell'emergenza-urgenza, è prevista – da parte delle strutture erogatrici – una corsia preferenziale in modo da effettuare le stesse entro 72 ore dalla presentazione della richiesta, purché questa avvenga entro 48 ore dal rilascio della ricetta stessa.

Le ricette contenenti tali prescrizioni saranno riconoscibili per la presenza di un'etichetta adesiva verde, che il Medico prescrittore dovrà apporre sulle stesse. Le ricette non contenenti tale etichetta non saranno prese in considerazione.

La prestazione “urgente-differibile”, dunque, deve essere garantita entro le 72 ore dalla presentazione della richiesta, purché questa avvenga entro 48 ore dal rilascio della ricetta medesima.

L'uso del “bollino verde” è concesso solo a tutti i Medici autorizzati all'utilizzo del ricettario del SSN.

- PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI IN ESENZIONE:

È sempre il Medico prescrittore a dover compilare l'area della ricetta destinata a indicare se le prestazioni prescritte sono esenti o non esenti.

Indica la lettera “N” posta nell'apposito spazio per indicare le prescrizioni ad assistito non esente; viceversa per assistito esente indicherà il codice esenzione nel campo composto da 6 spazi.

Prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali esenti non vanno prescritte nella stessa ricetta con prestazioni non esenti.

Per gli **ASSISTITI LOMBARDI** il Medico indica nello spazio previsto il codice esenzione come indicato nella tabella (All. 4) al documento esplicativo regionale per la corretta compilazione del ricettario del SSN.

Anche l'esenzione per condizione economica è apposta dal Medico prescrittore che provvede ad apporre nell'apposito spazio il codice esenzione, corrispondente alla condizione reddituale dell'assistito.

La nuova modalità è prevista dal Decreto 11 dicembre 2009 del Ministero dell'Economia e delle Finanze “Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria”. La Regione Lombardia l'ha applicata con le circolari n. H1.2011.0014310 del 10.05.2011, H1.2011.0016796 del 01.06.2011, H1.2011.0019261 del 24.06.2011 e H1.2011.0036838 del 16.12.2011. (All. 3-bis).

Per i disoccupati, cassintegrati, cassintegrati in deroga, lavoratori in mobilità, disoccupati iscritti agli elenchi dei centri per l'impiego e loro familiari residenti in Lombardia, che dal 1° gennaio 2010 sono esenti a prescindere dal reddito, il Medico prescrittore deve indicare sulla ricetta il codice di esenzione previsto dalla normativa.

Per gli **ASSISTITI NON LOMBARDI** il Medico indica il codice esenzione da essi esibito mediante documento di esenzione (tessera-cartellino, ecc).

- **PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FARMACEUTICA**

Gli Specialisti operanti presso RSA e RSD e IDR accreditate non sono autorizzati a prescrivere sul ricettario del SSN prestazioni di Assistenza Farmaceutica.

LA RICETTA PER PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE – CRITERI GENERALI

Per ricetta si intende l'autorizzazione, data in forma scritta al farmacista, a consegnare uno o più medicinali al paziente.

La ricetta deve obbligatoriamente contenere DATA e FIRMA del Medico.

La data non può essere posteriore a quella della presentazione della ricetta in farmacia.

Se la ricetta è redatta tramite computer, o con calligrafia diversa in diverse parti, ciò che le conferisce valore di “prescrizione” è la firma in originale del Medico.

IL NOME e IL COGNOME del paziente possono essere omessi nelle RICETTE RIPETIBILI, ma sono **OBBLIGATORI** nelle **RICETTE NON RIPETIBILI**, nelle **RICETTE SPECIALI (STUPEFACENTI)** e nelle ricette contenenti **VELENI** e devono essere chiaramente leggibili.

LA RICETTA CON PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE HA VALIDITA' SOLO IN AMBITO REGIONALE E HA UNA DURATA DI 30 GIORNI ESCLUSO QUELLO DEL RILASCIO

La Ricetta SSN può contenere la prescrizione dei seguenti limiti quantitativi:

- fino a 2 confezioni di uno stesso medicinale. Fino a 3 confezioni di uno stesso medicinale - multiprescrizione - esclusivamente per gli esenti per patologia cronica invalidante o malattia rara e per i farmaci correlati alla terapia della malattia per la quale è esente;
- una confezione di un medicinale più una confezione di un medicinale diverso dal primo;
- fino a 6 pezzi di antibiotici iniettabili monodose;
- fino a 6 pezzi di medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi;
- fino a 6 pezzi di medicinali a base di interferone quando prescritti a pazienti affetti da epatite cronica.

– TAGLIANDO AUTODESIVO

Il tagliando è predisposto per essere applicato nell'area tagliando ogni qual volta viene effettuata una prescrizione farmaceutica. Tale tagliando *permetterà di risalire all'interessato solo* in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione *per fini amministrativi, per scopi epidemiologici o di ricerca* nel rispetto delle norme deontologiche applicabili (art. 87 del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n°196: "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Dunque, l'applicazione del tagliando per le prescrizioni farmaceutiche è dovuta da parte di tutti i prescrittori, tranne che dai MAP/PdF/MCA, i quali applicheranno il tagliando solo su esplicita richiesta dell'assistito (art. 89, comma 2-bis D.L.vo 196/03 e sue modifiche).

INDICAZIONI PER CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICETTA NELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE:

– NOTE AIFA

Le note AIFA relative ai farmaci prescritti devono essere indicate sempre negli appositi due gruppi di 3 caselle destinate all'indicazione delle stesse (inserimento con allineamento a sinistra); le caselle non utilizzate devono essere barrate dal Medico.

La nota non va controfirmata. Eventuali correzioni vanno controfirmate.

– **NUOVE MODALITÀ DI PRESCRIZIONE DI MEDICINALI EQUIVALENTI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (LEGGE N. 135 DEL 7 AGOSTO 2012)**

“Il Medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio Sanitario Nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il Medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il Farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n.1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il Farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.”

Le nuove previsioni normative riguardano:

- le prescrizioni effettuate su ricetta del SSN per pazienti trattati per la prima volta per una patologia cronica o per un nuovo episodio di patologia non cronica;
- le prescrizioni dei medicinali equivalenti di cui alle liste di trasparenza pubblicate dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

– **PRESCRIZIONE DI FARMACI IN ESENZIONE**

La compilazione dell'area della ricetta destinata all'indicazione di prescrizione esente o non esente è a cura del Medico prescrittore.

La lettera “**N**” nell'apposito spazio indica prescrizione ad assistito non esente; *il campo composto da 6 spazi è destinato ad accogliere il codice esenzione dell'assistito esente.*

□ **Per gli ASSISTITI LOMBARDI**

Il Medico indica l'esenzione con le seguenti modalità:

Esenzione per patologia: codice esenzione composto da tre numeri, come da codifica DM 296/01; l'indicazione del codice esenzione per patologia è sufficiente per autorizzare il Medico alla multiprescrizione dei farmaci correlati alla patologia esente;

Esenzione per malattie rare: codice alfanumerico composto da sei caratteri come da codifica DM 279/01; l'indicazione di un codice esenzione per malattia rara è sufficiente per autorizzare il Medico alla multiprescrizione dei farmaci correlati alla malattia rara;

Esenzione per stato di invalidità e altre condizioni ed esenzione per infortunio.

Il prescrittore deve indicare:

- sia il codice di esenzione per lo stato di invalidità e altre condizioni di infortunio di cui è titolare l'assistito. Nel caso in cui il cittadino sia titolare di una delle esenzioni di cui ai cod. IG11 e IG31 e goda di pensione vitalizia il Medico deve posporre la lettera “**P**” al codice esenzione;

- sia l'indicazione del possesso dell'esenzione per patologia o malattia rara per la multiprescrizione. La compilazione di questo elemento viene svolta dal Medico, compilando fino ad esaurimento le sei posizioni dell'elemento codice esenzione con degli zero se non applica la multiprescrizione; con zeri ed in ultima posizione la lettera “**A**”, se il Medico applica la multiprescrivibilità.

In contemporanea presenza di codici di invalidità che determinano condizioni di esenzione totale e di patologia rara, il Medico riporterà nell'apposita casella della ricetta il codice di esenzione di invalidità, seguito dalla lettera R e barrerà la casella R, come indicato al punto E della tabella che si allega (Circolare R.L.19.10.2011 prot. H1.2011.0030996) **AII. 3**

Esenzione per reddito

Per gli **ASSISTITI LOMBARDI** il Medico indica nello spazio previsto il codice esenzione come indicato nella tabella (**AII. 3**) al documento esplicativo regionale per la corretta compilazione del ricettario del SSN. Il Medico prescrittore appone nell'apposito spazio il codice esenzione, corrispondente alla condizione reddituale dell'assistito. (D.M. 11 dicembre 2009 - circolari n. H1.2011.0014310 del 10.05.2011, H1.2011.0016796 del 01.06.2011, H1.2011.0019261 del 24.06.2011 e H1.2011.0036838 del 16.12.2011).

Ciò anche per i disoccupati, cassintegrati, cassintegrati in deroga, lavoratori in mobilità, disoccupati iscritti agli elenchi dei centri per l'impiego e loro familiari residenti in Lombardia ed i minori fino al compimento del 14° anno di età, esenti a prescindere dal reddito.

Apposizione di “biffatura” sulla casella R del ricettario del SSN

*Premesso che la casella **R** della ricetta del SSN, quando barrata indica una esenzione totale dalla compartecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica, non solo per ragioni di tipo reddituale, il prescrittore non barrerà la casella **R** nei casi in cui è previsto l'utilizzo della nuova codifica di esenzione per reddito. Di conseguenza il cittadino non dovrà apporre la propria firma nell'apposito spazio della ricetta.*

Terapia del dolore severo - CODICE TDL - La sigla o codice TDL – terapia del dolore severo – consente di prescrivere a carico del SSN farmaci per la terapia del dolore severo sul ricettario del SSN per periodi di terapia non superiore a trenta giorni, indipendentemente dal numero di confezioni.

Infatti, l'apposizione di tale codice sulla ricetta consente al Medico di prescrivere, in regime convenzionato con il SSN, sulla stessa ricetta del SSN:

- un numero di confezioni di farmaco che possono superare le due o le tre previste dalla multiprescrizione, purché il dosaggio complessivo non superi i trenta giorni di terapia;
- all'assistito di usufruire del diritto all'esenzione del pagamento del ticket su tutte le confezioni di farmaco prescritte.

Ne consegue che:

- a) la mancanza del codice TDL su una ricetta con più di due confezioni di farmaci, determinerà l'erogazione in regime SSN solo di due confezioni del farmaco prescritto e il pagamento del ticket da parte dell'assistito per le due confezioni;
- b) l'indicazione su una ricetta del SSN con prescrizione di terapia del dolore severo di un codice diverso dal TDL, tale da consentire al cittadino di usufruire dell'esenzione dal pagamento del ticket per i farmaci della terapia del dolore, non consentirà al Medico di prescrivere sulla stessa ricetta più di due o tre (multiprescrizione) confezioni di farmaco;
- c) il codice TDL potrà essere infine utilizzato dal Medico in tutti i casi in cui ritiene necessario prescrivere una terapia per il dolore severo ad un suo assistito che non risulta titolare di altra esenzione.

□ **Per gli ASSISTITI NON LOMBARDI** indicare il codice di esenzione da essi esibito mediante documento di esenzione al Medico prescrittore (tessera-cartellino di esenzione di altra Regione).

– **COMPILAZIONE RICETTA A STRANIERI TEMPORANEAMENTE IN ITALIA**

I medici dovranno utilizzare la ricetta SSN per tutte le prescrizioni per le quali era in uso il carnet della salute:

➤ **Cittadini con Tessera Europea di Assicurazione Malattia (Team) o certificato sostitutivo.**

Riguarda Cittadini UE, in temporaneo soggiorno in Italia, non iscritti al SSN possono accedere ad un medico di cure primarie di propria scelta che addebiterà successivamente la visita all'ASL.

➤ **Cittadini provenienti da Paesi Comunitari con modello ministeriale “Allegato 1”(ex all.4 che conserverà la sua validità fino alla scadenza ivi indicata)**

Riguarda cittadini provenienti dai Paesi Comunitari (pensionati, lavoratori distaccati, ecc) rimasti a carico delle casse estere di provenienza.

Tali cittadini sono ripartiti nelle seguenti **2 condizioni**:

a) status riconducibile ai formulari E106/S1, E109/S1, E120/S1, E121/S1 riceveranno il modello dall'ASL “Allegato 1” con assegnazione del Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di Famiglia.

In tali casi il Distretto dell'ASL, dopo il rilascio, invierà copia dell'Allegato 1 al medico scelto dall'assistito.

Per il rilascio esenzione sono equiparati ai cittadini italiani;

b) status riconducibile ai formulari E112/S2, E123/DA1 riceveranno il modello dall'ASL “Allegato 1” SENZA assegnazione del Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di Famiglia e SENZA iscrizione al Servizio Sanitario Regionale.

Possono, pertanto, recarsi presso un Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di Famiglia di propria scelta che addebiterà successivamente la visita alla nostra Azienda.

L'allegato 1 è da presentare tutte le volte al Medico di Assistenza Primaria e a tutte le Strutture Sanitarie

➤ **Cittadini provenienti da Paesi con i quali l'Italia ha stipulato delle Convenzioni bilaterali "Allegato 2" (ex all.5).**

Riguarda Cittadini in temporaneo soggiorno in Italia che, recandosi al Distretto dell'ASL e, presentando uno dei formulari previsti dalle Convenzioni bilaterali, ottengono un modello denominato Allegato 2.

Con questo modello l'assistito può recarsi presso un medico di propria scelta che addebiterà successivamente la visita all'ASL.

L'Allegato 2 che sostituisce il modello Allegato 5 conserverà la sua validità fino alla scadenza ivi indicata.

- LE MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA "RICETTA STRANIERI" VARIANO IN BASE ALLE TRE TIPOLOGIE DI DOCUMENTO SANITARIO PRESENTATO DALL'ASSISTITO STRANIERO:

1 Modalità compilazione ricetta per gli assistiti UE in temporaneo soggiorno titolari di tessera europea o documento equivalente (certificato sostitutivo).

DA CONSEGNARE ALL'ASSISTITO (1° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito e Paese di Provenienza
prescrizione

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA (da compilare in stampatello):

codice istituzione competente estera

numero identificazione personale

numero identificazione della tessera TEAM o certificato sostitutivo provvisorio della Team (se viene indicato)

codice di stato estero (sigla)

la data di nascita - nominativo dell'assistito (scritto in stampatello) - data di scadenza della Team o certificato sostitutivo provvisorio Team

la data di scadenza della tessera

firma del medico e dell'assistito

Per la liquidazione della visita ambulatoriale/domiciliare "occasionale" il medico redigerà una seconda ricetta da consegnare al Distretto.

Ciò non è previsto per i Medici di Continuità Assistenziale e per i Medici di Continuità Assistenziale Turistica.

DA CONSEGNARE AL DISTRETTO (2° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito e Paese di Provenienza

visita occasionale ambulatoriale o domiciliare

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA (da compilare in stampatello):

codice istituzione competente (estera)

numero identificazione personale

numero identificazione della tessera TEAM (sul certificato sostitutivo provvisorio

questo dato è facoltativo)

codice di stato estero (sigla)

la data di nascita dell'assistito

la data di scadenza della tessera

firma del medico e dell'assistito

allegare fotocopia leggibile della TEAM o certificato sostitutivo provvisorio della Team

Qualora la ricetta non sia compilata correttamente e in modo leggibile la visita occasionale non sarà rimborsata (come da Nota Ministeriale del 12.2.2005)

2 Modalità compilazione ricetta per gli assistiti che ottengono dall'ASL il modello "Allegato 1"

Con assegnazione del Medico Assistenza Primaria/Pediatra di Famiglia

PARTE ANTERIORE DELLA RICETTA

nome e cognome dell'assistito

codice fiscale (**non indicare il codice assistito**)

prescrizione della prestazione/farmaci ecc

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA (da compilare in stampatello):

codice istituzione estera

numero identificazione personale

numero identificazione della tessera (riportare il codice attribuito al punto 3 dell'allegato 1)

codice di stato estero (sigla)

la data di nascita - nominativo dell'assistito (scritto in stampatello)

firma del medico e dell'assistito

**Senza assegnazione del Medico Assistenza Primaria/Pediatra di
Famiglia**

DA CONSEGNARE ALL'ASSISTITO (1° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito e Paese di Provenienza

prescrizione

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA

codice istituzione competente estera

numero identificazione personale

numero identificazione della tessera

codice di stato estero (sigla)

firma del medico e dell'assistito

**Per la liquidazione della visita ambulatoriale/domiciliare "occasionale" il
medico redigerà una seconda ricetta da consegnare al Distretto.**

**Ciò non è previsto per i Medici di Continuità Assistenziale e per i Medici di
Continuità di Assistenza Turistica.**

DA CONSEGNARE AL DISTRETTO (2° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito e Paese di Provenienza

visita occasionale ambulatoriale o domiciliare

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA

codice istituzione competente (estera)

numero identificazione personale

numero identificazione della tessera

codice di stato estero (sigla)

la data di nascita – nominativo dell'assistito (scritto in stampatello) -

la data di scadenza dell'Allegato1

firma del medico e dell'assistito

**Qualora la ricetta non sia compilata correttamente e in modo leggibile la visita
occasionale non sarà rimborsata (come da Nota Ministeriale del 12.2.2005)**

3 Modalità compilazione ricetta per gli assistiti che ottengono dall'ASL il modello "Allegato 2"

DA CONSEGNARE ALL'ASSISTITO (1° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito e Paese di Provenienza

prescrizione

casella "tipo di ricetta" deve essere indicata la sigla UE

RETRO DELLA RICETTA

codice istituzione competente estera (indicare lo stato e la città che ha emesso il formulario)

numero identificazione personale (nulla)

numero identificazione della tessera (es. IB/2 0303301 – Bergamo)

codice del paese estero (nulla)

la data di nascita – nominativo dell'assistito (scritto in stampatello)

la data di scadenza dell'Allegato 2

firma del medico e dell'assistito

Per la liquidazione della visita ambulatoriale/domiciliare "occasionale" il medico redigerà una seconda ricetta da consegnare al Distretto.

Ciò non è previsto per i Medici di Continuità Assistenziale e per i Medici di Continuità di Assistenza Turistica.

DA CONSEGNARE AL DISTRETTO (2° ricetta)

PARTE ANTERIORE RICETTA:

cognome e nome dell'assistito

paese estero

visita occasionale ambulatoriale o domiciliare

tipo di ricetta - EE

RETRO DELLA RICETTA

numero codice istituzione competente estera (indicare lo stato e la città che ha emesso il formulario)

numero identificazione personale (nulla)

numero identificazione della tessera

la data di nascita – nominativo dell'assistito (scritto in stampatello)

la data di scadenza dell'Allegato 2

firma del medico e dell'assistito

Qualora la ricetta non sia compilata correttamente e in modo leggibile la visita occasionale non sarà rimborsata (come da Nota Ministeriale del 12.2.2005).

C) RICETTA MINISTERIALE A RICALCO (R.M.R.)

(RICETTA STUPEFACENTI)

Decreto 10/3/2006 “Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II sezione A e all'allegato III-bis al D.P.R. 309/90 aggiornato dalla Legge n. 49/2006”.

Tale ricettario non è ancora stato stampato dalla Zecca dello Stato.

In attesa, **si deve utilizzare il ricettario** di cui alla Legge n. 12/2001 “**Terapia del dolore**” distribuito dai Distretti dell'ASL, che è l'unico ricettario utile per prescrivere tutti i farmaci stupefacenti compresi nella Tabella II sezione A, inclusi quelli per la terapia del dolore .

• MODALITÀ PRESCRITTIVE SUL RICETTARIO STUPEFACENTI

La ricetta RMR deve essere:

- redatta in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal SSN (l'originale al farmacista e la copia a ricalco rimane all'acquirente);
- redatta in triplice copia a ricalco per i medicinali forniti con il SSN (l'originale al farmacista, una copia a ricalco serve al farmacista per il SSN, la terza copia a ricalco rimane all'acquirente);
- la ricetta compilata in originale deve essere fatta con mezzo indelebile;
- deve recare domicilio e numero di telefono del Medico prescrivente, se non compreso nel timbro;
- deve riportare il cognome, il nome dell'ammalato cui viene rilasciata la prescrizione o del proprietario dell'animale curato a cui viene rilasciata la prescrizione. E' buona norma indicare anche la residenza dell'ammalato o del proprietario dell'animale curato;
- deve riportare la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione che possono essere segnati in numeri romani;
- deve recare la data e la firma per esteso sulla prescrizione stessa;
- la prescrizione dei medicinali inclusi nella Tabella II sezione A deve essere limitata ad un solo medicinale, in un unico dosaggio, per terapia non superiore a trenta giorni;
- la prescrizione dei medicinali per la terapia del dolore (farmaci di cui all'allegato III-bis della Legge 309/90 aggiornata) può comprendere fino a due medicinali diversi fra loro, o uno stesso medicinale con due diversi dosaggi, per terapia non superiore a trenta giorni;

- l'apposizione sulla ricetta del codice TDL consente la prescrizione a soggetti affetti da dolore severo in regime di SSN ed in esenzione dal pagamento del ticket di tutte le confezioni di farmaco per la terapia del dolore severo necessarie per una terapia non superiore a trenta giorni.

- **DOVE REPERIRE E RITIRARE I RICETTARI STUPEFACENTI**

Tali ricettari vengono distribuiti ai MAP/PdF e MCA, agli specialisti delle Strutture private accreditate a contratto che ne fanno richiesta attraverso i Distretti Socio-Sanitari dell'ASL. Con modalità analoghe vengono forniti ai medici libero professionisti e medici veterinari.

I medici specialisti operanti nelle Aziende Ospedaliere pubbliche, segnalato il loro interesse a ricevere il ricettario alle loro Direzioni Sanitarie, lo riceveranno dalle stesse.

All'atto del ritiro del ricettario, il Medico deve documentare la propria identità e iscrizione all'Ordine Professionale; deve inoltre firmare per ricevuta.

Il ricettario è personale; non sono ammesse deleghe per il ritiro.

2) TIPI DI PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

- RICETTE RIPETIBILI (RR),
- RICETTE NON RIPETIBILI (RNR),
- RICETTE LIMITATIVE (RRL O RNRL)

Le ricette staccate dal ricettario personale (ricetta bianca), così come le ricette del SSN - a seconda del tipo di farmaco da prescrivere - possono essere RR, RNR, RRL o RNRL.

La consultazione del Prontuario Farmaceutico aggiornato dà esatta indicazione di quali siano i **farmaci da prescrivere con RR, RNR, RRL o RNRL, RMR**, come **indicati in sintesi nella prossima pagina**.

Il Prontuario Farmaceutico aggiornato fornisce anche più dettagliate informazioni: indica per es. quali sono i Centri ospedalieri o gli Specialisti autorizzati a prescrivere farmaci con ricetta medica limitativa. Per questo motivo è consigliato che ogni Medico sia dotato di tale strumento di lavoro.

RMR	<p>Medicinale soggetto a ricetta medica ministeriale a ricalco; la ricetta può comprendere una o più confezioni di un solo medicinale, per terapia non superiore a 30 giorni, soggetto alla Legge 49/2006 (ovvero DPR 309/90 modificato ed integrato), tab. IIA.</p> <p>Tra questi, i medicinali di cui indicati per la terapia del dolore severo possono essere prescritti fino a 2 medicinali diversi o 1 medicinale con 2 dosaggi sulla stessa ricetta.</p>
RNR	<p>Medicinale soggetto a ricetta medica, da rinnovare di volta in volta.</p> <p>Quando prescritto su ricettario personale (ricetta bianca) ed il medicinale non è sottoposto alla disciplina degli stupefacenti, è necessario ottemperare alle disposizioni previste dall'art. 89 del DL n° 219 del 24.04.2006:</p> <p>Periodo di validità limitato a 30 giorni escluso il giorno di emissione; La ricetta deve essere ritirata dal farmacista, che la deve conservare per 6 mesi; La ricetta deve essere redatta con mezzo indelebile e deve contenere: stampata o apposta con timbro, la chiara indicazione del <u>Medico prescrivente e della struttura da cui lo stesso dipende</u>; <u>nome e cognome dell'assistito</u>; <u>il codice fiscale dell'assistito</u>: è obbligatorio in alternativa al nome dell'assistito qualora quest'ultimo chiedo che il proprio nome non venga menzionato e nei casi in cui disposizioni di carattere speciale esigono la riservatezza dei trattamenti (**); l' indicazione della quantità o del numero di confezioni prescritte <u>la data, il timbro e la firma autografa.</u></p> <p>Preparazioni magistrali contenenti sostanze dopanti</p> <p>Le preparazioni galeniche, officinali o magistrali che contengono principi attivi o eccipienti appartenenti alle classi farmacologicamente vietate in quanto considerate doping sono prescrivibili solo dietro presentazione di ricetta medica non ripetibile (RNR). Il farmacista è tenuto a conservare l'originale della ricetta per 6 mesi. (art. 7 ,c.4 -L.14.12.2000, N. 376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping", GU 18.12.2000, n. 294). L'elenco delle sostanze vietate é pubblicato in G.U.</p> <p>Se la prescrizione galenica è rilasciata per indicazioni terapeutiche diverse da quella del principio attivo regolarmente il commercio , il medico deve dichiarare di aver informato il paziente e di aver ottenuto il suo consenso, specificare le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea e utilizzare un codice di riferimento numerico o alfanumerico (lettere + numeri) di collegamento a dati di archivio in suo possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato.Le ricette che riportano questi dati (consenso, codice ecc.) devono essere trasmesse mensilmente dal farmacista, in originale o in copia, all'Azienda ASL per il successivo inoltro al Ministero della Sanità.</p> <p>(**) Attualmente le disposizioni di carattere speciale riguardano: le prescrizioni di retrovir e, secondo una possibile interpretazione, quelle di altri farmaci anti-HIV. Le prescrizioni di specialità medicinali per indicazioni o vie di somministrazione o modalità di somministrazione diverse da quelle autorizzate e le prescrizioni di preparazioni magistrali di cui alla legge n. 94/1998 (legge Di Bella).</p>
RNR Stupefacenti Tab. II B/C/D	<p>Medicinali sottoposti alla disciplina degli stupefacenti tabella II, sezione B, C e D della Legge 49/2006 sono prescritti con Ricetta Non Ripetibile. La validità della ricetta è di 30 giorni (Decreto 7 Agosto 2006).</p> <p>Tab. II B : preparazioni galeniche a base di Clorazepato di K, Tab. IIC : composizioni medicinali contenenti barbiturici per os Tab.IID: composizioni medicinali per uso iniettabile contenenti ad es. Benzodiazepine. Con Ordinanza Ministeriale del 16/6/2009 sono stati inclusi nella Tac.II D i medicinali analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore:</p> <ol style="list-style-type: none"> composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenente codeina e diidrocodone in quantità, espressa in base anidra, superiore a 10 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, superiore all' 1% p/v (peso/volume) della soluzione monodose; composizioni per somministrazione rettale contenenti codeina, diidrocodone e loro sali in quantità, espressa in base anidra superiore a 20 mg per unità di somministrazione; composizioni per somministrazione ad uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone e ossimorfone; composizioni per somministrazione ad uso transdermico contenenti buprenorfina.

RR	<p>Medicinale dispensabile al pubblico con ricetta medica . Quando prescritto su ricettario personale (ricetta bianca) e non è sottoposto alla disciplina degli stupefacenti è necessario ottemperare alle disposizioni previste dall'art.88 del DL n° 219 del 24.04.2006: Periodo di validità non superiore a 6 mesi dalla data di compilazione della ricetta; ripetibilità di vendita non superiore a 10 volte, salvo diversa indicazione del Medico, il quale può diminuire la validità temporale della ricetta, ma non può aumentarla; l'indicazione da parte del Medico di un numero di confezioni superiore all'unità esclude la ripetibilità di vendita (la ricetta può essere utilizzata una sola volta).</p>
RR1 Per Stupefacenti Tab.II E	<p>Medicinale sottoposto alla disciplina degli stupefacenti tabella II, sezione E Legge 49/2006 (ovvero DPR 309/90 modificato ed integrato). La validità della ricetta è di 30 giorni e la vendita è consentita complessivamente per non più di tre volte (Decreto 7 Agosto 2006). Tabella E : per es. le Benzodiazepine per uso orale.</p>
RRL o RNRL	<p>Medicinale dispensabile al pubblico con ricetta (ripetibile o non ripetibile) rilasciata <u>limitatamente</u> da Centri specializzati autorizzati o da medici specialisti autorizzati a prescriberlo.</p>

N.B.: Con Decreto del Ministero della Salute 2 agosto 2011, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 4 agosto 2011, in vigore dal 5 agosto 2011, le sostanze stupefacenti: **Amfepramone (Dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo** sono state ricollocate dalla tabella II sezione B alla **tabella I del D.P.R. 309/90 modificato ed integrato**. **Dall'entrata in vigore del Decreto ne sono vietati in Italia: la fabbricazione, l'importazione, il commercio (anche attraverso e-commerce) e l'uso.**

CONSENSO INFORMATO

Qualunque prescrizione di medicinali non in commercio in Italia o per indicazioni diverse da quelle per cui il medicinale è stato registrato presso il Ministero della Salute, deve essere accompagnata dalla dichiarazione di responsabilità da parte del Medico prescrittore, che dichiara anche di avere ottenuto il consenso del paziente, dopo averlo adeguatamente informato.

3) PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE A CARICO DEL SSN

RICHIESTA – PROPOSTA DI VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La proposta di visita specialistica da parte del MCP, dovrà essere corredata dal sospetto diagnostico nella maniera più esauriente e circostanziata possibile (art. 51 comma 2 ACN/2005 per la MG; art. 50 comma 4 ACN PdF/2005, DGR 9581/09 punto 6), 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 (Decreto della D.G. Sanità Regione Lombardia n°32731 del 18/12/2000).

Pertanto, **VERRANNO RESPINTE ALL'ATTO DELLA PRENOTAZIONE:**

- le richieste formulate senza un quesito / sospetto diagnostico;
- quelle non riportanti l'esenzione (quando di competenza del prescrittore);
- quelle che contengano prescrizioni di prestazioni di branche diverse o prestazioni per cui vale l'esenzione assieme a prestazioni per le quali l'esenzione non è applicabile.

- **RICHIESTA DI RICOVERO DA PARTE DEL MAP O PdF**

Tale richiesta di ricovero deve essere redatta:

- su ricettario SSN o carta intestata, con firma, data e timbro leggibili;
- la terminologia e la grafica devono essere comprensibili; è necessario evitare sigle ed abbreviazioni inusuali;
- motivare sempre il ricovero con l'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico; fornire notizie cliniche ed allegare documentazioni analitico-strumentali precedenti ed eventuali cure in atto;
- la proposta di 1° ricovero ordinario deve essere sempre accompagnata dalla scheda di accesso completa di dati desunti dalla scheda sanitaria individuale.

*Per le **proposte di ricovero ordinario*** il Medico di Cure Primarie (MCP) dovrà inviare il paziente corredando la proposta possibilmente con una esauriente documentazione clinica.

Lo Specialista, dopo la valutazione di competenza, provvederà direttamente alla eventuale prenotazione del ricovero o a redigere una relazione clinica con le indicazioni alternative proposte e le relative motivazioni da consegnare al Medico di Cure Primarie .

Per i **ricoveri urgenti** il paziente verrà inviato direttamente in Pronto Soccorso.

La scheda di accesso in Ospedale potrà non essere compilata solo in caso di ricoveri ripetuti nella stessa struttura ospedaliera e correlati alla medesima patologia.

E' preferibile che l'invio in Ospedale avvenga sempre come "proposta" di ricovero.

Gli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici e quelli immediatamente seguenti (10 giorni) dalla dimissione dopo un intervento chirurgico - ed a questo strettamente correlati - andranno prescritti sempre dal Medico Specialista che ha programmato il ricovero o ha dimesso il paziente, utilizzando il ricettario del SSN solo quando il Cittadino manifesti la volontà di eseguirli presso Strutture Sanitarie diverse da quella del prescrittore.

Alla dimissione dalla struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata il Medico responsabile del reparto provvederà ad inviare al MAP/PdF un'esaustiva e dettagliata lettera di dimissione, in busta chiusa, redatta con terminologia e grafica comprensibili, evitando sigle e abbreviazioni inusuali, contenente, oltre alla firma leggibile dello specialista, i dati necessari alla sua identificabilità ed il suo recapito telefonico.

Il Medico Specialista inoltre:

- ❑ compilerà le richieste d'ausili, se si reputano necessari durante il ricovero;
- ❑ compilerà la scheda di diagnosi e il piano terapeutico, ove previsto dalle norme sulla prescrizione dei farmaci o il piano terapeutico;
- ❑ si atterrà, nel consiglio e nell'eventuale prescrizione dei farmaci, ai contenuti delle note AIFA;
- ❑ rilascerà certificazione probativa per esenzione ticket per patologia;
- ❑ se la prescrizione non può essere conforme alle note AIFA fornirà esaurienti motivazioni al curante e al paziente; se uno o più farmaci prescritti non sono erogati dal SSN ne darà corretta informazione al paziente;
- ❑ consiglierà e motiverà (lettera di dimissione) eventuali prestazioni ritenute necessarie per il monitoraggio del paziente. Fanno eccezione le prestazioni legate a ricoveri di tipo chirurgico, strettamente connesse all'intervento (prestazioni da eseguire entro 10 giorni), senza nuova prescrizione medica od oneri a carico del cittadino (prestazioni comprese nel DRG specifico);
- ❑ rilascerà, se è il caso, la certificazione per la domanda d'invalidità civile.

- **RICHIESTA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E/O ESAMI STRUMENTALI E/O EMATOCHIMICI**

- Ogni prescrizione medica su ricettario SSN può contenere prestazioni d'una sola branca specialistica, fino ad un limite massimo di 8; le prescrizioni di prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere redatte su ricette diverse.
- Nella medesima ricetta possono essere prescritte fino ad otto prestazioni **di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio** pertinenti alla medesima branca specialistica, di cui il cittadino (**entro un anno** dall'effettuazione della prima prestazione nell'ambito della stessa Struttura) può usufruire in momenti diversi.
- Viene fatto divieto di prescrizione contestuale sulla stessa ricetta di prestazioni specialistiche per le quali l'assistito è esente (DM 329/99 – DM 279/01) e prestazioni non erogabili in regime di esenzione (circ. n°63/san del 1999 Reg. Lomb.).
- Qualunque prescrizione deve contenere i dati del paziente previsti dalla normativa, il sospetto diagnostico o la diagnosi, fatto salvo espresse richieste del paziente di non riportare dati dei quali vuole tutelare la riservatezza. In questo caso è necessario che il Medico prescrittore consegni al proprio paziente una lettera in busta chiusa con l'indicazione diagnostica.

- **MODALITÀ PARTICOLARI DI PRESCRIZIONE E/O TARIFFAZIONE PER ALCUNE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI LABORATORIO**

La Delibera Regionale n° **IX/2057 del 28.07.2011 introduce** delle modalità vincolanti di gestione e prescrizione delle seguenti prestazioni di diagnostica ambulatoriale alle quali attenersi:

1. PRESTAZIONI DI LABORATORIO DI CITOGENETICA - allegato B alla DGR IX/2057

La Delibera Regionale **introduce** una modalità vincolante di gestione delle prestazioni della sottobranca di "citogenetica".

In particolare Vi invito a non tralasciare le disposizioni indicate nella scheda allegato B in cui vengono descritti in modo dettagliato:

- le modalità per l'"accesso" dell'inizio dell'iter diagnostico ed il sospetto diagnostico ad esso correlabile o le situazioni cliniche a cui sono associabili;
- le combinazioni delle "prestazioni" del nomenclatore tariffario regionale che sono ritenute sufficienti per produrre un referto appropriato e che sono riconosciute e remunerate agli erogatori;

- o i professionisti abilitati a richiedere le varie prestazioni (medico di medicina generale, medico specialista, “genetista”) ed i casi in cui, prima di procedere alla richiesta di prestazioni analitiche, è necessaria la “consulenza genetica”.

La delibera prevede l'introduzione nel nomenclatore tariffario regionale della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	91.36.9	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA su array (Array - CGH). Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione	1.013,00

Dispone che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 91.36.9 e quella con codice 91.36.5 :“ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali”.

2. SCREENING DELLA FUNZIONALITA' TIROIDEA - allegato C alla DGR IX/2057

La Delibera Regionale **stabilisce** che nel caso di sospetto diagnostico di disfunzione tiroidea e nelle condizioni per cui è necessario accertare una corretta funzionalità tiroidea (ad esempio utilizzo di mezzi di contrasto):

si esegue solo il dosaggio del TSH denominato TSH riflesso (TSH-R)

nel caso di TSH-R non compreso nei limiti stabiliti, il laboratorio procede automaticamente all'esecuzione delle analisi previste dal citato allegato C (FT4 ed eventualmente FT3);

le ulteriori prestazioni devono essere eseguite dagli erogatori senza altra richiesta ai cittadini di partecipazione alla spesa.

Inserimento nel nomenclatore tariffario regionale di prestazione con nuovo codice

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	90.41.8	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	13,50

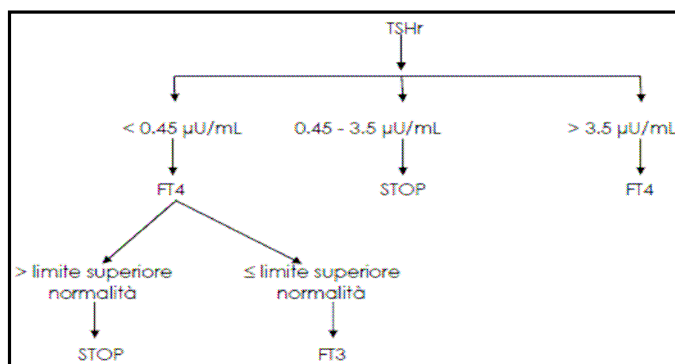
Pertanto, richiamo la Vostra attenzione alla formulazione del quesito diagnostico all'atto della compilazione della richiesta della prestazione TSH-R. - Esempio di quesiti diagnostici:

- screening funzionalità tiroidea, oppure sospetto diagnostico di disfunzione tiroidea;
- accertamento funzionalità tiroidea per utilizzo mezzi di contrasto.

Accertamento della funzione tiroidea di screening: TSH - Riflesso

Si precisa che con il termine “riflesso” sono indicate alcune prestazioni iniziali che possono dare origine a successivi approfondimenti e che quindi non si tratta di introdurre nuove prestazioni, ma di applicare una diversa modalità di prescrizione di prestazioni già indicate nel nomenclatore tariffario regionale.

Su prescrizione di **TSH-Riflesso** il laboratorio effettua il dosaggio degli ormoni tiroidei, come indicato nell’algoritmo sottoriportato.



I valori < 0.45 µU/mL e > 3.5 µU/mL sono rispettivamente più alto e più basso dei valori limite indicati in letteratura. Sono stati scelti in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori border-line.

Si precisa inoltre che:

- la prestazione Tireotropina (TSH) cod. 90.42.1 è mantenuta;
- nel caso di pazienti con **accertata patologia tiroidea** le prescrizioni devono riportare i relativi codici di esenzione o in assenza devono riportare come quesito diagnostico “approfondimenti per patologia tiroidea” e che in questo caso il prescrittore può richiedere le prestazioni che ritiene necessarie (TSH, FT4, FT3 ecc.), che sono considerate normali prestazioni ambulatoriali;
- non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 90.41.8 e quelle con codice 90.42.1 (TSH), 90.42.3 (FT4) o 90.43.3 (FT3).

3. ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) TOTALE E LIBERO – allegato D alla DGR IX/2057

Inserimento nel nomenclatore tariffario regionale di prestazione con nuovo codice

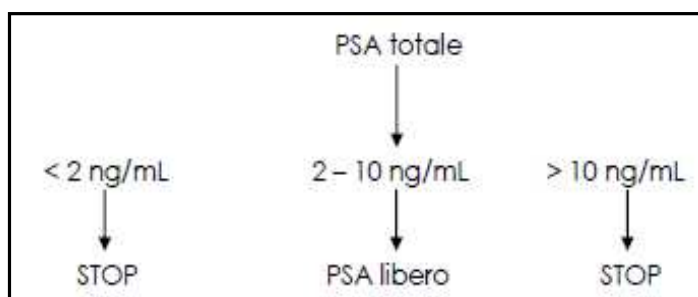
Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) Incluso eventuale dosaggio della Frazione Libera	15,40

Test PSA Riflesso - prescrizione di antigene prostatico specifico (PSA) incluso eventuale dosaggio.

Con il termine “riflesso” vengono indicate alcune prestazioni iniziali che possono dare origine a successivi approfondimenti in automatico da parte del laboratorio, quindi non si tratta di introdurre nuove prestazioni, ma di applicare una diversa modalità di prescrizione di prestazioni già indicate nel nomenclatore tariffario regionale.

All'uopo la Delibera Regionale **stabilisce**, come indicato nell’algoritmo sottoriportato, che dal laboratorio:

- non viene eseguito il PSA libero quando il PSA totale ha dato valori uguali o inferiori a 2 ng/mL oppure uguali o superiori a 10 ng/mL;
- viene eseguito automaticamente dal laboratorio il dosaggio del PSA libero senza dar luogo ad ulteriori richieste ai cittadini di partecipazione alla spesa quando il valore del PSA totale è superiore a 2 ng/mL e inferiore a 10 ng/mL;
- non deve essere richiesto il solo dosaggio del PSA libero - prestazione eliminata dal nomenclatore tariffario regionale -.



Il valore < 2 ng/mL è più basso del valore limite indicato in letteratura. È stato scelto in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori borderline.

4. URINOCOLTURA – allegato E alla DGR IX/2057

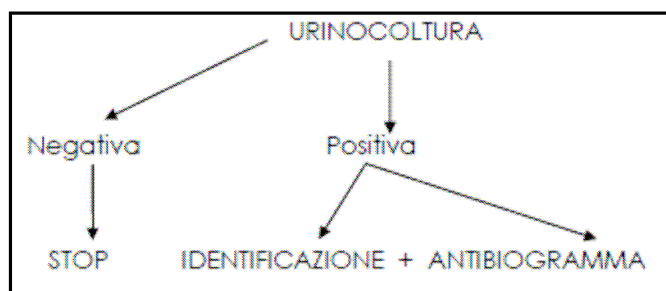
La Delibera Regionale **stabilisce** che in caso di urinocoltura positiva, il laboratorio esegue l'antibiogramma e l'identificazione dei microrganismi isolati, senza ulteriori richieste ai cittadini di partecipazione alla spesa.

Prestazione di nuovo inserimento nel tariffario regionale

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	15,30

La nuova descrizione della prestazione 90.94.2 implica che, in caso di isolamento di una carica significativa di batteri uro patogeni, devono essere eseguiti dal laboratorio l'identificazione e l'antibiogramma degli stipti isolati.

La modalità di erogazione deve, pertanto, essere conforme allo schema sotto riportato.



L'allegato **E alla DGR** riporta, inoltre, sinteticamente le condizioni patologiche o i sintomi in presenza dei quali - secondo linee guida internazionali - è indicata la prescrizione dell'indagine urinocoltura e le condizioni in cui non è raccomandata. (**documento allegato 10**)

– **CASI PARTICOLARI DI PRESCRIZIONI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE A CARICO DEL SSN:**

- lo Specialista per tutto il tempo richiesto per la conclusione dell'iter diagnostico è tenuto a prescrivere direttamente al paziente tutti gli accertamenti che ritiene necessari;
- lo Specialista che ritiene necessari per l'assistito **controlli periodici e/o follow-up**, nell'arco di tempo di **un anno**, è tenuto ad effettuarne la prescrizione. Effettuerà la prescrizione anche degli eventuali esami strumentali che ritiene utili;
- qualora lo Specialista ritenga concluso il percorso di diagnosi e/o cura strettamente specialistico riaffiderà il paziente al Curante per l'assistenza, limitandosi eventualmente a suggerire al Curante i parametri che consiglia di tenere monitorati e rimarrà a disposizione per eventuali consulenze specialistiche ritenute opportune o necessarie dal Curante stesso.

NON È NECESSARIA LA PROPOSTA / PRESCRIZIONE DEL MEDICO NEI SEGUENTI CASI:

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 (PS); in tal caso i Medici, addetti al PS, sono tenuti a prescrivere sul ricettario le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale indispensabile a definire, anche in tempi successivi rispetto all'accesso al PS, la diagnosi dell'evento acuto in urgenza;
- necessità di prestazioni anche non urgenti - solo in caso di accesso a Strutture Pubbliche - relative per le seguenti branche specialistiche:
 - ◆ Odontoiatria;
 - ◆ Ostetricia e Ginecologia;
 - ◆ Pediatria (per gli assistiti non in carico al Pediatra di Famiglia);
 - ◆ Psichiatria;
 - ◆ Oculistica (limitatamente alla misurazione della vista).

- **PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA (AII. 5)**

La visita specialistica non è soggetta a limitazione di accesso in SSR.

Viene erogata:

- **per accesso diretto nelle Strutture Pubbliche Accreditate;**
- **su prescrizione del MAP sul ricettario del SSN nelle Strutture Private Accreditate.**

Tutte le altre prestazioni odontoiatriche sono soggette alle limitazioni di accesso previste dalla DGR 3111/2006.

Se il soggetto avente diritto alle prestazioni odontoiatriche in ambito di SSR si è rivolto per la visita ad una Struttura Pubblica o Privata Accreditata, le prescrizioni sul ricettario SSN necessarie per il proseguimento della cura gli saranno effettuate dallo Specialista operante in quella Struttura.

- **PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (AII. 6)**

I criteri di prescrivibilità delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione rientranti nei LEA tengono conto di limitazioni di erogabilità determinate dal tipo di prestazione e dalla patologia, come da DGR VII/3111 del 1° agosto 2006 e DGR VIII/7292 del 9 maggio 2008.

Infatti, alcune prestazioni sono prescrivibili in regime di SSR solo su indicazione dello specialista mediante predisposizione di Piano Riabilitativo individuale; sarà lo specialista a prescrivere direttamente le prestazioni ritenute necessarie.

- **CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DENSITOMETRIA OSSEA IN AMBITO DI SSR (AII. 7)**

Sono determinati dal D.P.C.M. 5/03/2007 (Gazzetta Ufficiale n° 104 del 7/5/2007)

Il prescrittore ha l'onere di documentare i criteri per l'erogabilità della prestazione con costo a carico del SSR, mentre i soggetti erogatori hanno l'obbligo di mantenere in archivio copia della documentazione clinica comprovante la corretta indicazione.

- **CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE CON CHIRURGIA LASER A ECCIMERI (AII. 8)**

I criteri per l'erogazione della prestazione sono determinati dal D.P.C.M. 5/03/2007 (Gazzetta Ufficiale n° 104 del 7/5/2007) Il prescrittore ha l'onere di documentare i criteri per l'erogabilità della prestazione con costo a carico del SSR.

4) PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO PROVINCIALE (PTO)

Il Prontuario delle dimissioni, realizzato in collaborazione tra ASL e le Strutture Ospedaliere di Seriate, Bergamo e Treviglio, non è un semplice elenco di medicinali suddiviso per categorie terapeutiche, ma uno strumento con il duplice scopo di promuovere l'uso appropriato dei farmaci e di assicurare al contempo la razionalizzazione della spesa farmaceutica creando un clima di maggior collaborazione tra Medico specialista e Medico di Cure primarie.

Per tutti i medicinali del Prontuario Unico Provinciale è stato predisposto un link con le banche dati CODIFA sul sito del **Servizio Bibliotecario Biomedico Lombardo (www.sbbl.it)** di facile consultazione e con informazione sui farmaci, molto utili e immediate.

“Cliccando” semplicemente sul principio attivo è possibile conoscere:

- se è necessario il relativo piano di diagnosi e piano terapeutico redatto dagli specialisti autorizzati e in caso affermativo esiste un link con il modello da utilizzare;
- se il principio attivo è soggetto a nota AIFA e, in caso affermativo, il testo della nota ma anche la scheda tecnica, le interazioni, la monografia dell'informatore farmaceutico, le pagine d'interesse della Guida all'Uso del Farmaco, ecc.

Inoltre, risulta arricchito di alcune informazioni quali:

- se il principio attivo è a brevetto scaduto;
- se è sottoposto a monitoraggio intensivo.

Il prontuario è predisposto per principio attivo. Non compare infatti volutamente il riferimento alla corrispondente specialità medicinale.

Questo nell'ottica del concetto fondamentale che si ritiene debba essere alla base del rapporto Ospedale - Territorio. Al paziente infatti bisogna garantire la miglior terapia in termini di efficacia e sicurezza al minor costo possibile e non questa o quella specialità medicinale.

- **I criteri di massima seguiti per l'elaborazione del PTO sono stati i seguenti:**

- sono stati inclusi solo farmaci compresi nei PTO ospedalieri delle classi A e della classificazione dei farmaci del SSN;
- sono stati elencati i principi attivi e la loro forma farmaceutica secondo la classificazione ATC;
- le Aziende Ospedaliere sono state distinte dalla lettera:

- “**B**” Ospedali Riuniti di Bergamo;
- “**S**” Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate;
- “**T**” Ospedali Riuniti di Treviglio e Caravaggio.

- Alla sigla:

- “**P**” corrisponde un medicinale soggetto a scheda di diagnosi e piano terapeutico.

I seguenti documenti sono ora accessibili senza più necessità di inserire nome utente e password dall' home page del sito dell'ASL di Bergamo cliccando su ASL istituzionale (in alto a sinistra) / Dipartimenti e Servizi (che compare nella relativa tendina) / Servizio Farmaceutico Territoriale / FARMACOECONOMIA:

- **Prospetto Farmaci con Piano Terapeutico**

Si aprirà la pagina FARMACI PRESCRIVIBILI SU DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO DI CENTRI INDIVIDUATI DALLA REGIONE che riporta in fondo il link del relativo prospetto.

- **Prontuario alla Dimissione** (al cui interno si trova il link a **Prontuario Efficacia Comparata**)

Si aprirà la pagina PROGETTO DIPROPA - PRONTUARIO DELLE DIMISSIONI che riporta in fondo i links di tutti i prospetti.

- Prontuario Dipropa

- Utilizzo del ricettario - Prescrizione dei farmaci - FAQ
- Prontuario Efficacia Comparata

5) RICHIESTA DI RICOVERI IN REGIME DI DAY-HOSPITAL

Il MAP/PdF o lo Specialista può proporre questa forma di ricovero diurno quando l'assistito necessita di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale, in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica/infermieristica protratta nell'arco della giornata (DGR VIII/3111 del 2006).

La sola integrazione nella stessa giornata di più procedure diagnostiche non è sufficiente a indicare l'appropriatezza del Day Hospital a indirizzo prevalentemente **diagnostico**. Infatti, lo stesso deve ritenersi appropriato solo nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente e/o la complessità della /delle procedure rendano necessaria la sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta e continuativa nell'arco della giornata.

Il Day Hospital a indirizzo prevalentemente **riabilitativo** è appropriato se sono esplicitati la definizione degli obiettivi della terapia, la stesura del programma riabilitativo e gli indicatori di risultato.

La richiesta di ricovero in Day Hospital deve essere, come qualsiasi altra richiesta di prestazioni sanitarie, opportunamente motivata sia nel caso in cui tale richiesta venga effettuata dal MAP/PdF, sia nel caso sia lo specialista a farne richiesta.

Se è lo Specialista di una Struttura Privata Accreditata a suggerire al MAP/PdF di effettuare la richiesta di ricovero in DH per un proprio assistito è necessario che lo stesso Specialista fornisca al Medico il dettaglio delle prestazioni previste per quel tipo di ricovero, in modo che possa valutarne l'effettiva congruità con le necessità del suo paziente.

MACROATTIVITÀ AMBULATORIALE COMPLESSA E AD ALTA INTEGRAZIONE DI RISORSE (MAC)

La DGR IX/1479 del 30 marzo 2011 ha istituito la MAC e ne ha individuato il contesto organizzativo e di erogazione con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza di erogazione di servizi che pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, superando così il maggiore limite delle attività di day hospital che legano la propria operatività alla presenza di posti letto che sempre più raramente si rendono necessari grazie alle nuove opportunità cliniche ed organizzative.

Con DGR 2633/2011 sono stati definiti i previsti pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa, la cui erogazione è ristretta al solo ambito ospedaliero, che per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012 integrano come segue il nomenclatore di specialistica ambulatoriale. I pacchetti MAC possono essere prescritti solamente dagli specialisti che operano presso la struttura dove gli stessi vengono erogati.

CODICE PACCHETTO	PACCHETTI DI MAC	Tipologia di prestazioni comprese nel pacchetto	Note
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Rimborso a parte per i farmaci chemioterapici previsti dallo schema di chemioterapia come da nota H1.2005.57478 e successivi aggiornamenti Nel pacchetto è previsto il rimborso delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrizione/somministrazione del trattamento antitumorale e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 	Rimborso a parte per i farmaci antitumorali previsti dallo schema di trattamento

MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione della terapia di supporto 2. Visita specialistica propedeutica alla parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia 3. Esami ematochimici di controllo eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci della terapia di supporto
MAC06	Pacchetto riabilitativo ad alta complessità	Pazienti mai sottoposti ad un programma formale di riabilitazione o con documentato peggioramento della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che provengano direttamente in fase post-acuta o cronici con rinnovata esigenza di percorso riabilitativo, in cui si configura un maggiore consumo di risorse per valutazioni diagnostico-funzionali e conduzione del programma.	Più di 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da 3 o più operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, prende parte alle attività svolte e contribuisce quindi al raggiungimento del predetto requisito organizzativo.
MAC07	Pacchetto riabilitativo a media complessità.	Pazienti in cui si rende necessario il completamento del programma di intervento al termine di un ricovero riabilitativo degenziale o si evidenzia un documentato peggioramento della capacità funzionale della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che richieda assistenza come per pacchetto base ma con una maggiore esigenza di rivalutazione clinicofunzionale e supervisione medica e non medica del programma riabilitativo.	Da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 3 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.
MAC08	Pacchetto riabilitativo a bassa complessità	Pazienti in cui si renda necessario, in base a specifici protocolli di follow-up, la verifica dello stato clinico, della capacità funzionale residua, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale, dell'aderenza alle indicazioni domiciliari prescritte. Tali pazienti possono provenire da regime di continuità con un immediatamente precedente percorso di Riabilitazione in ambito degenziale, in cui vi è necessità di proseguire l'intervento di training fisico unitamente a una forma minima di supervisione medica e non medica (nota: la semplice prosecuzione di sedute di training fisico configura l'ambito dell'ambulatoriale semplice, livello di prestazione inferiore ai MAC)	Almeno 90 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 2 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.

MAC09	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE IN PZ CON PATOLOGIE ACUTE O CRONICHE CHE NON NECESSITANO DI RICOVERO O IN POST-RICOVERO PER TERMINARE IL TRATTAMENTO INIZIATO	<ul style="list-style-type: none"> a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente b) Ogni 2-3 accessi visita medica c) Ogni 3-4 accessi esami ematochimici di controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: 1 ora una o due volte al giorno d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2-3 accessi
MAC10	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE, CON FARMACI CHE RICHIEDONO MONITORAGGIO DI EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI, IN PZ CON PATOLOGIE ACUTE O CRONICHE	<ul style="list-style-type: none"> a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente con attento monitoraggio del pz b) Ogni 2 accessi visita medica c) Ogni 2-3 accessi esami ematochimici di controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: pari al periodo in cui il pz rimane nella struttura d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2 accessi
MAC11	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE INVASIVE SEMPLICI (ES. PUNTURA LOMBARÈ)	<ul style="list-style-type: none"> a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e postprocedura (se necessari) d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tempo di osservazione: 2-4 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 1 ora
MAC12	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE (BIOPSIE EPATICHE) OPPURE RESE COMPLESSE DA PARTICOLARI CONDIZIONI DEL PAZIENTE CHE NECESSITA OSSERVAZIONE IN AMBIENTE PROTETTO (ES BIOPSIA OSSEA IN PIASTRINOPENICO)	<ul style="list-style-type: none"> a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e postprocedura d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tempo di osservazione: 6-8 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 2 ore

6) ATTESTATO O CERTIFICATO DI MALATTIA

Il Medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti - art. 24 del Codice di Deontologia Medica.

Il certificato di malattia attestante l'inabilità al lavoro, rilasciato dal medico curante ad un suo assistito, è considerato atto pubblico e presuppone che il Medico abbia visitato il paziente anche se il certificato non fa menzione della visita, con la conseguenza che risponde di falso ideologico il Medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita.

La certificazione di malattia può essere rilasciata da qualsiasi Medico, anche se non dipendente o convenzionato con il SSN.

L'attestazione o certificazione di malattia per i lavoratori dipendenti dallo Stato, da altri Enti pubblici, dipendenti del settore privato non aventi diritto all'indennità di malattia da parte dell'INPS e dei dipendenti del settore privato aventi diritto ad indennità di malattia da parte dell'INPS deve essere compilata a cura del Medico curante del lavoratore (Medico convenzionato con il SSN o Medico dipendente di Struttura Sanitaria Pubblica).

Per gli assistiti appartenenti alle suddette categorie, tuttavia, nei casi di assenza per malattia superiori a 10 giorni e comunque nei casi di eventi successivi al secondo, nel corso dell'anno solare, vige l'obbligo di produrre idonea certificazione rilasciata unicamente dal Medico del SSN o con esso convenzionato, con esclusione delle assenze per malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o diagnostiche, per le quali la certificazione giustificativa può essere rilasciata anche da Medico o Struttura Privata. Per quanto riguarda gli eventi di malattia aventi durata pari o inferiore a 10 giorni nonché per le assenze fino al secondo evento, nel corso dell'anno solare, il lavoratore può rivolgersi per la certificazione di malattia anche al Medico non appartenente al SSN o con esso convenzionato (art. 55 septies del D.Lgs. 165/2001 introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/2009; Circolare n. 117 del 09/09/2011 – Direzione Generale INPS).

Qualora al Medico venga richiesto dal lavoratore di certificare il proprio stato di malattia in atto, solo successivamente all'inizio dell'evento, il Medico se ha effettivo riscontro dello stato di malattia del suo assistito e del suo esito prognostico procede al rilascio della certificazione apponendo la data di effettivo rilascio, precisando la data di inizio malattia riferita dal paziente.

La data di inizio malattia riferita dal paziente, può essere, ai fini del riconoscimento dell'indennità di malattia, antecedente solamente di un giorno rispetto alla data di

effettuazione della visita e della redazione del certificato di malattia. Pertanto, anche se il Medico, su richiesta dell'assistito, dovesse apporre, prendendo atto della dichiarazione dell'assistito, una data ulteriormente antecedente, ciò non avrebbe efficacia ai fini dell'indennità di malattia stessa. E' altresì evidente che, per rilasciare la certificazione di malattia, la patologia deve essere in atto al momento della visita.

Tutti i giorni della malattia devono essere coperti da certificazione anche se cadono di sabato, domenica o altri festivi.

Il lavoratore per non incorrere nella "mancata certificazione" quando il proprio Medico non è tenuto ad esercitare la propria attività convenzionale, ad esempio per coprire il fine settimana o il giorno prefestivo o festivo, può rivolgersi al Servizio di Continuità Assistenziale.

Il Medico del Servizio di Continuità Assistenziale è tenuto a rilasciare certificazione di malattia, se ne ravvisa la necessità, per una durata massima di tre giorni.

Nell'ipotesi in cui il paziente, dovesse richiedere, a posteriori e per una patologia risolta, una dichiarazione del medico, in merito ad una visita effettivamente avvenuta in precedenza e alla relativa prognosi, il medico può rilasciare, ovviamente in cartaceo e nella data della richiesta, una certificazione anamnestica sulle condizioni di salute dell'assistito da lui in precedenza direttamente constatate, facendo presente al richiedente l'assoluta inefficacia di tale documento ai fini del riconoscimento dell'indennità di malattia.

Trattasi di certificazione diversa dalla certificazione di malattia e non ricompresa tra i compiti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale.

Il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009- in vigore dal 15 Novembre 2009 - ha reso obbligatoria la redazione e la trasmissione per via telematica all'INPS da parte del Medico convenzionato con il SSN o dipendente da Struttura Sanitaria Pubblica dei certificati di malattia redatti per i dipendenti pubblici parimenti a quanto stabilito in precedenza per i lavoratori del settore privato. Ulteriori interventi legislativi hanno del tutto equiparato le due categorie ai fini della certificazione di malattia.

Il certificato di malattia telematico deve essere redatto, obbligatoriamente, secondo lo specifico modello allegato al decreto del Ministero della Salute del 26.2.2010 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19.3.2010. – certificato di malattia ed attestato di malattia per il datore di lavoro.

In sintesi l'iter da seguire da parte del Medico è il seguente:

- redige on line la certificazione, mediante l'apposita web application del sistema CRS SISS, che produce il certificato di malattia e l'attestato di malattia - la differenza tra i due modelli è data dalla assenza della diagnosi nell'attestato, visibile al datore di lavoro;

- provvede all'invio telematico del documento all'INPS sempre attraverso il sistema CRS-SISS, che attribuisce alla pratica un numero di protocollo INPS.

Stampa e consegna al lavoratore la copia cartacea del certificato e dell' attestato di malattia con protocollo INPS. Il Medico può in alternativa, su richiesta del lavoratore, inoltrare alla casella di posta elettronica certificata del lavoratore copia di tali documenti in formato pdf. In caso di impossibilità da parte del medico di provvedere alla stampa cartacea del certificato e dell'attestato di malattia ovvero di inoltrare alla casella di posta elettronica certificata del lavoratore, il Medico provvede a comunicare, comunque al lavoratore il numero di protocollo univoco del certificato/attestato emessi.

7) PRESCRIZIONI DEL MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Il ricettario unico personale del SSN viene utilizzato solo a favore di utenti iscritti al SSN, anche se privi di documento sanitario; le generalità del paziente e la natura della prescrizione trovano riscontro nel registro degli interventi (ACN per la MG del 2005 art. 67 comma 7).
- Le prescrizioni farmaceutiche devono essere finalizzate esclusivamente ad una terapia non differibile e a coprire un ciclo di terapia non superiore alle 48/72 ore, compatibilmente con le confezioni disponibili in commercio.
- Per i farmaci in fascia "A" che il Medico intende prescrivere per indicazioni comprese nel foglietto illustrativo e, compresi quelli con note AIFA, utilizzerà il ricettario del SSN. Per questi ultimi effettuerà la prescrizione sul ricettario del SSN, se supportato da congrua documentazione fornita dall'assistito; diversamente utilizzerà il ricettario bianco fornito dall'ASL sul quale dovrà apporre il timbro quale Medico di Continuità Assistenziale.
- Il Medico di C.A., durante il servizio, deve essere in grado di garantire la prescrizione di farmaci stupefacenti, qualora il quadro clinico trattato lo richieda. E' necessario, dunque, che egli ritiri presso la sede Distrettuale di afferenza della postazione di C.A. ove presta Servizio, il Ricettario Ministeriale a Ricalco (RMR) - Decreto 10/3/2006 "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II sezione A e all'allegato III-bis al D.P.R. 309/90 aggiornato dalla Legge n. 49/2006" -. Sul ricettario in triplice copia autocopiante possono essere prescritti i farmaci compresi nell'allegato III bis per la terapia del dolore e nella sezione **A** della tabella II.
- Può essere utilizzato il ricettario SSN, in luogo del ricettario RMR, per la prescrizione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale di farmaci previsti nell'allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, apportando la dicitura "TDL".

8) REFERTI DI ESAMI STRUMENTALI PARTICOLARI (TAC, RMN, MOC, ecc)

Il referto di un esame strumentale deve contenere la descrizione del quadro clinico refertato e, se possibile, una conclusione clinico-strumentale.

In tale sede non è opportuno porre indicazioni relative alla gestione clinica del paziente, fermo restando la possibilità dello specialista refertante di proporre approfondimenti diagnostici e indicazioni di monitoraggio, se di stretta competenza tecnica.

9) CONCLUSIONE

Il presente documento, concepito con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse e di evitare il moltiplicarsi di prescrizioni non sempre appropriate, è stato condiviso dalle parti interessate: esso, pertanto, costituirà in ambito provinciale testo di riferimento.

Laddove l'ASL, attraverso le sue articolazioni territoriali (Distretti), dovesse ricevere segnalazioni documentate di difformità di comportamento rispetto ai contenuti del presente documento provvederà a chiederne spiegazione ai Medici di Famiglia e, per gli Specialisti, alla Direzione Sanitaria della Struttura di appartenenza.

Il perseverare in comportamenti ingiustificatamente difformi da questo documento potrebbe determinare la sgradevole necessità di intervenire con segnalazioni alla Regione Lombardia o con eventuali sanzioni, qualora previste dalla normativa vigente.

allegati	ELENCO ALLEGATI PER ARGOMENTO
All. 1	Nomenclatore Tariffario Prestazioni di Specialistica ambulatoriale (agg. DGR 2633 del 06/12/2011) Consultabile anche sul sito: http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGLayout&cid=1213282134016&p=1213282134016&pagename=DG_SANWrapper
All.1 - bis	Elenco branche specialistiche comuni (agg. DGR 2057/2011)
All. 2	Linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario (Decreto Direzione Sanità Regione Lombardia n° 32731 del 18/12/2000)
All. 3	Schema esemplificativo esenzione farmaci (aggiornato ad ottobre 2011)
All. 3-bis	Nuova codifica Regionale – Condizioni certificate da MEF o autocertificate in ASL (nuova modulistica – 16 dicembre 2011)
All. 4	Tabella unificata di codifica delle patologie croniche, rare, stati di invalidità ed altre condizioni di esenzione.
All. 5	Criteri di erogabilità nel sistema sanitario regionale nelle prestazioni odontoiatriche
All. 6	Elenco limitazioni di erogabilità riabilitazione
All. 7	Criteri per l'erogazione della densitometria ossea
All. 8	Criteri per l'erogazione con il SSN della chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri
All. 9	Allegato E alla DGR n° IX/2057 del 28 Luglio 2011
All.10	Schema compilazione ricetta per i cittadini stranieri