

DIREZIONE SANITÀ

Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera
assistenza.specialisticaospedaliera@regione.piemonte.it

Il Dirigente

Torino, 21 MAR. 2017

Protocollo n. 7136 /A1403A

Classificazione

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Regionali

LORO SEDI

Oggetto: *Richiesta per l'attivazione di interventi aziendali finalizzati alla corretta gestione del processo di dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale e di laboratorio.*

Con riferimento alla dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, ad integrazione di quanto già precisato con nostre note precedenti inviate a codeste Aziende Sanitarie, considerata la complessità e l'ambizione del progetto, si ritiene necessario portare all'attenzione delle Direzioni Aziendali alcuni aspetti tecnici che denotano la necessità di attivare prontamente opportuni interventi aziendali finalizzati alla corretta gestione del processo.

Il progetto ha come finalità (riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo) la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, l'attribuzione e verifica della spesa del SSR, e ha come obiettivo rendere sincrone tutte le attività di prescrizione, di presa in carico (prenotazione), di erogazione da parte delle strutture sanitarie oltre ad eliminare progressivamente i supporti cartacei, con il contributo degli strumenti propri della sanità digitale.

Tuttavia si rileva che pervengono ancora ai Settori scriventi numerose richieste di precisazioni e chiarimenti che evidenziano una serie di comportamenti e problematiche solo parzialmente legate al processo di dematerializzazione. Nello specifico, le segnalazioni pervenute evidenziano richieste di chiarimento su ambiti tecnici:

- difforni da quanto disposto dalle norme nazionali o regionali vigenti che denotano una ridotta condivisione delle procedure e indicazioni, già fornite, con tutto il personale aziendale interessato;
- trattati da recenti note regionali che, nel contempo, denotano un carente ruolo di diffusione delle informazioni che i referenti aziendali individuati dovrebbero garantire.

A riguardo, al fine di evitare eventuali disservizi imputabili alle motivazioni citate, si raccomanda alle SS.LL di verificare l'efficienza e l'efficacia del "sistema" aziendale per l'implementazione della ricetta dematerializzata ed, in generale, per l'applicazione ed il monitoraggio di quanto previsto in termini di prescrizione e "gestione" delle ricette cartacee, elettroniche o dematerializzate. Inoltre, si ribadisce la necessità che le Aziende del SSR, ed in particolare le ASL, incentivino, per la gestione e l'integrale attuazione del progetto di dematerializzazione, momenti di sinergia e confronto strutturato tra i referenti aziendali individuati per la ricetta dematerializzata ed il personale aziendale esperto per le tematiche oggetto di criticità.

Alla presente nota vengono allegate "schede" contenenti specifici chiarimenti operativi, ma si ritiene opportuno portare all'attenzione delle SS.LL. le seguenti tematiche che risultano

particolarmente critiche, con la richiesta di attivare tutto quanto necessario affinché alle specifiche disposizioni venga data puntuale applicazione da tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti (ivi inclusi, per le Aziende Sanitarie Locali, i MMG/PLS, i Presidi, gli IRCCS e le strutture private accreditate operanti sul territorio di propria competenza).

In particolare, si precisa quanto segue:

❖ **Prima visita e visite di controllo**

A norma di quanto disposto all'Allegato C della D.D. n. 101 del 24.04.2007, "[...] *la prescrizione di prima visita (o visita generale) deve contenere la diagnosi o il sospetto diagnostico, al fine di omogeneizzare i comportamenti sia prescrittivi, che organizzativi (prenotazione).*

[...] *La prima visita è prescritta dal Medico di Medicina Generale, o dallo specialista del SSN.*

A seguito di prima visita possono essere necessarie visite di controllo. Le stesse sono prescritte secondo le seguenti modalità:

- *se la visita di controllo è ritenuta necessaria, lo specialista del SSN, o lo specialista SUMAI, la programma direttamente rispettivamente attraverso l'utilizzo del ricettario rosso [...].*

Le visite di controllo possono essere richieste entro l'arco di un anno dalla prima visita.

Per quanto sopra, si segnala che, qualora la visita di controllo sia richiesta entro l'anno dalla prima visita ed effettuata dal paziente in qualunque struttura questi ritenga – anche in quelle in cui il paziente si rechi per la prima volta – è fatto divieto alle strutture pubbliche e private accreditate di rifiutare la prenotazione, richiedendo al paziente la modifica della ricetta da "visita di controllo" a "prima visita". Inoltre, si ricorda che la visita di controllo ove necessario può essere prescritta anche dal MMG/PLS.

In considerazione del fatto che la ricetta dematerializzata rappresenta la naturale evoluzione della ricetta rossa, si ribadisce che le indicazioni sopra riportate si applicano anche per tali prescrizioni.

Si dispone sin da ora che il termine temporale dei dodici mesi nell'arco dei quali può essere richiesta la visita di controllo, non si applica per i pazienti affetti da patologia cronica, o inseriti in protocolli di follow up, disciplinati da PDTA vigenti e formalizzati sul territorio regionale. Le visite di controllo per questi pazienti possono essere richieste (ed erogate) nei tempi previsti dal PDTA di riferimento.

I PDTA ad oggi formalizzati in Regione sono elencati all'Allegato 4 alla presente; si precisa che sono da ricomprendersi, per l'attuazione delle disposizioni in argomento, anche tutti i PDTA condivisi, ancorché non recepiti con atti regionali, operativi nell'ambito delle reti di specialità formalizzate in Regione.

❖ **Ammissibilità della Ricetta**

Come già specificato con nota prot. 21856/A1412A del 25/10/2016 la ricetta dematerializzata mantiene i medesimi termini di validità della ricetta rossa così come disposti con la D.G.R. n. 28-2690 del 24.04.2006 e s.m.i., "Approvazione dell'Accordo integrativo regionale per la Medicina Generale: Allegato 1 e Allegato 2" la validità della prescrizione proposta (ricettario SSN) per la prestazioni diagnostico terapeutiche ambulatoriali è stata estesa a sessanta giorni, dalla data di compilazione da parte del medico prescrittore.

La data di prenotazione delle prestazioni deve quindi ricadere all'interno dei 60 giorni dalla data

della prescrizione¹ mentre, naturalmente, la data di erogazione della prestazione può essere anche successiva e, comunque, coerente con le classi di priorità indicate sulla ricetta stessa.

Come già precisato in precedenti note, si ribadisce che l'indicazione si applica anche per le ricette prescritte in dematerializzata. Pertanto, alle strutture pubbliche e private accreditate è fatto divieto di rifiutare la prenotazione delle ricette prescritte da meno di sessanta giorni.

Di seguito, si riportano alcune casistiche inerenti le classi di priorità:

- ricetta con priorità B: se presentata per la prenotazione oltre 10 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità B e viene prenotata come prestazione con priorità D (30 giorni per visite specialistiche, 60 giorni per esami strumentali);
- ricetta con priorità D: se presentata oltre 30 giorni dalla data di rilascio, perde la priorità D e viene prenotata come prestazione con priorità P (entro 180 giorni).

Con riferimento alle classi di priorità, si ricorda che in base a quanto disposto dalla D.D. n. 43 del 4.2.2008:

- le ASL devono garantire il rispetto delle classi di priorità U e B per le prestazioni ambulatoriali di base dei propri assistiti, nel rispetto degli standard regionali, attraverso la propria organizzazione dei servizi o con collegamenti organizzativi concordati con le ASO insistenti sul proprio territorio.
- Eventuali assistiti di altre ASL con richieste di prestazioni in classe U e B, saranno messi nella lista d'attesa non riferita a tali classi di priorità, salvo disponibilità.

Inoltre, si precisa che non sono ritenute ammissibili (accettabili) ricette con prestazioni inserite nel quesito diagnostico, o nelle note, né ricette che riportano un codice di esenzione per una prestazione che non lo prevede.

In ultimo si ribadisce che, in caso di prenotazione non portata a buon fine e/o in caso di disdetta, deve essere assicurato il rilascio informatico del NRE; al fine di consentire la presa in carico della ricetta dematerializzata da altro erogatore pubblico/privato.

♦ Utilizzo del campo note

Qualora necessario, il campo "note" può essere utilizzato dal medico prescrittore per indicare:

- il distretto anatomico da studiare/trattare se non specificato nella descrizione della prestazione a catalogo;
- l'orario ed ogni altra indicazione utile per la corretta erogazione della prestazione;
- le metodiche, ove del caso, per l'effettuazione di alcune prestazioni di laboratorio (ad esempio, l'uso di tecniche di biologia molecolare, ecc.), l'eventuale farmaco da dosare se non già presente nelle voci di catalogo, altre eventuali informazioni necessarie se non specificate nella descrizione della prestazione a catalogo;
- il "ciclo" di prestazioni (utilizzabile ad esempio per alcune prestazioni della branca 56) deve essere necessariamente prescritto come numero: 1 prestazione (da indicare nel campo "quantità" della ricetta).

Nel campo note, può essere indicato il numero delle sedute suggerite in base alla casistica del paziente trattato (inferiore o uguale al numero massimo erogabile da catalogo). In

¹ Fatte salve le modalità ad oggi attive per gestire le eventuali disdette con relativa ri-programmazione della prenotazione.

assenza di tale indicazione il numero delle sedute suggerite si intende uguale al numero massimo erogabile per normativa vigente.

In ultimo, si ribadisce che il software utilizzato per la prescrizione della ricetta dematerializzata deve permettere di indicare la corretta quantificazione delle prestazioni (mentre per i cicli di prestazioni si rimanda a quanto sopra e sotto riportato); diversamente è necessario inserire lo stesso codice due o più volte a seconda di quanto richiesto per l'esame.

❖ **Precisazioni e modalità operative su alcune tipologie di prestazioni**

Prestazioni erogabili ma non prescrivibili

Le prestazioni indicate con "Prescrivibile: NO; Erogabile: SI" sono prestazioni che il medico prescrittore, come da disposizioni regionali attualmente vigenti, non deve inserire in ricetta e per le quali è data facoltà al medico erogatore di effettuarle in sostituzione di una prestazione della medesima branca, presente in ricetta, secondo gli abbinamenti contenuti nell'Allegato B del Catalogo regionale, ad oggi vigente.

Tali prestazioni – indicate precisamente nelle linee guida del nomenclatore vigente – sono pertanto normalmente erogabili.

Cicli di prestazioni

Con riferimento alle prestazioni cicliche (come, ad esempio, molte tra quelle afferenti alla Branca 56 – Recupero e Riabilitazione Funzionale), da inserirsi da parte del medico prescrittore, si precisa che il ciclo deve essere necessariamente prescritto come numero 1 prestazione (da indicare nel campo "quantità" della ricetta).

Il numero delle sedute suggerite in base alla casistica del paziente trattato, inferiore o uguale al numero massimo erogabile da catalogo può essere indicato nel campo note. In assenza di tale indicazione il numero delle sedute suggerite si intende uguale al numero massimo erogabile per normativa vigente. Si precisa, altresì, che per ogni ricetta, possono essere prescritti fino ad un massimo di tre cicli, come da circolare prot. n. 412/DB2005 del 12.01.2009.

Per quanto riguarda la fase di erogazione, e le relative modalità operative, si ribadisce che essa deve essere effettuata indicando il numero di sedute, tramite il tag "quantitaErogata" del servizio "invioErogato" nel quale si riporta l'effettivo numero di sedute erogate (specifiche tecniche pubblicate su:

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/ nella "sezione per l'erogatore").

Si ricorda che l'erogazione deve essere parziale se il numero di sedute erogate è inferiore al numero di sedute previste dal catalogo per la prestazione.

Per quanto riguarda infine la comunicazione dell'erogato, considerato che non sono ancora intervenute variazioni rispetto ai termini a suo tempo comunicati, si rimanda alla nota regionale prot. n. 23169/A1405A dell'11.12.2015, allegata alla presente.

Branca 85 – Diabetologia

A rettifica di quanto illustrato con nota prot. n. 5095/A1410A del 23.02.2017 si precisa quanto segue:

La D.G.R. n. 61-13646 del 22.03.2010, di approvazione del PDTA per i pazienti affetti da diabete mellito, precisa testualmente che "[...] Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il Diabete mellito (PDTA-DM), si svolge attraverso le seguenti fasi:

- 1) il paziente con una diagnosi, o un sospetto, di "diabete mellito" è inviato, con richiesta motivata, da:

- a. MMG,
oppure
- b. DEA oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa,
con riscontro di iperglicemia,
oppure
- c. altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente,
al Centro di accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DM, dove viene visitato in "prima visita per sospetto/probabile diabete mellito di natura da determinare" (cod. 89.7), nel corso della quale viene confermata oppure esclusa la diagnosi di diabete [...]"

La prima visita di cui al paragrafo precedente, essendo una visita di accertamento di patologia, in analogia a quanto disposto per altre malattie croniche, è prestazione soggetta a ticket. Per tutte le prestazioni successive alla prima visita di cui sopra, ed inserite nel percorso del PDTA diabete, sussistendo per tutte un codice di Catalogo, è prevista la prescrizione in dematerializzata, con l'accortezza che i software utilizzati localmente per le procedure di dematerializzazione riconoscano per tali prestazioni del PDTA Diabete – così come per tutte le prestazioni oggetto di esenzione – il corrispondente codice di esenzione (nel caso del diabete, cod. 013), una volta accertata la patologia.

In merito al termine temporale dei dodici mesi nell'arco dei quali possa essere richiesta la visita di controllo, si rinvia al paragrafo "Prima visita e visite di controllo" sul percorso dei pazienti inseriti in PDTA formalizzati e/o condivisi sul territorio regionale.

❖ Modalità di erogazione

Con riferimento alle modalità di erogazione, si ribadisce che il SAC ed il SAR prevedono due modalità di erogazione:

- Parziale quando non vengono erogate tutte le prestazioni prescritte sulla ricetta, ma la ricetta deve considerarsi completamente erogata;
- Totale quando vengono erogate tutte le prestazioni prescritte sulla ricetta.

Inoltre, si ricorda che in erogazione è permessa la sostituzione delle prestazioni prescritte con quelle effettivamente erogate, nel rispetto dei seguenti vincoli:

- appartenente alla stessa branca;
- rientrante nell'elenco riportato in Allegato B del catalogo regionale delle prestazioni.

Pertanto, alla luce di quanto sopra, si ribadisce che in fase di erogazione è possibile comunicare se l'erogazione è totale o parziale ed eventualmente se è avvenuta la sostituzione di alcune prestazioni con altre della stessa branca e nel rispetto dell'Allegato B del catalogo regionale delle prestazioni.

Di seguito si riporta a titolo esemplificativo il caso di una ricetta dematerializzata che riporta le seguenti prestazioni: TC addome inferiore e TC addome superiore che, a seguito della revisione dell'Allegato B del Catalogo di prossima approvazione, potrà essere gestita come segue.

La ricetta, in termini di appropriatezza prescrittiva, dovrebbe prevedere un'unica prestazione con denominazione TC addome completo. Pertanto, in sede di erogazione la struttura pubblica o privata accreditata, anziché richiedere la prescrizione di una nuova ricetta creando disagio al cittadino/utente, deve comunicare al SAR/SAC l'erogazione parziale di una delle due prestazioni prescritte, la quale deve essere sostituita con l'unica prestazione corretta "TC addome completo" (ad es. la prestazione TC addome completo viene erogata in sostituzione della prestazione TC addome inferiore; la prestazione TC addome superiore non viene erogata).

❖ **Esami e trattamenti che comprendono più prestazioni**

Con riferimento ad alcuni esami, visite o trattamenti si precisa che gli stessi richiedono ai fini della corretta appropriatezza prescrittiva ed erogativa, la contestuale indicazione di più voci del Catalogo regionale afferenti a più voci del nomenclatore nazionale vigente.

Al riguardo, si provvede a riportare in Allegato 3 – “Pacchetti di prestazioni” alcuni esempi a titolo indicativo e non esaustivo. Inoltre, per agevolare la prescrizione da parte del medico, si consiglia di prevedere nell'applicativo informatico un livello superiore di aggregazione per la gestione dei cd “Pacchetti di Prestazioni” che all'occorrenza possono essere richiamati, riportando nella ricetta dematerializzata sia le voci del catalogo regionale sia la quantità di prestazioni richiesta.

❖ **Aggiornamento del Catalogo regionale**

Con riferimento all'aggiornamento del Catalogo si comunica che gli uffici competenti di questi Settori stanno completando l'istruttoria relativa alle segnalazioni pervenute. Tuttavia si ribadisce, per massima chiarezza, che nulla potrà essere modificato nello specifico delle prestazioni presenti nel Nomenclatore tariffario vigente, fino all'approvazione definitiva dei nuovi LEA, a livello nazionale. Pertanto, le modifiche al Catalogo saranno apportate entro i limiti previsti da quanto disposto dal Nomenclatore vigente.

❖ **Ulteriori precisazioni tecniche**

Per ulteriori richieste di chiarimento pervenute ai settori scriventi si rimanda ai seguenti allegati tecnici:

Allegato 1. Indicazioni in merito alle prescrizioni di prestazioni sanitarie erogate a favore di assistiti a carico di istituzioni estere

Allegato 1a – prot. n. 9310 del 18/11/2004. Nuova ricetta del SS e Modalità di compilazione per l'addebito alle Istituzioni estere delle prestazioni erogate in Italia nell'ambito della mobilità sanitaria internazionale

Allegato 1b – prot. n. 2276 del 08/03/2005. *Nuova ricetta del SSN - Integrazioni e rettifiche alla informativa DGRUERI/9310/I.3.b del 18 novembre 2004*

Allegato 1c – prot. n. 4673 del 25/03/2005. *Nuova ricetta del SSN - Integrazione alle informative DGRUERI/9310/I.3.b del 18 novembre 2004 e DGRUERI/2276/I.3.b dell'8 marzo 2005*

Allegato 1d – prot. n. 3450 del 06/04/2006. *Nuova ricetta del SSN - Integrazione alle informative DGRUERI/9310/I.3.b del 18 novembre 2004, DGRUERI/2276/I.3.b dell'8 marzo 2005, DGRUERI/4673 del 23 maggio 2005*

Allegato 2. Indicazioni in merito alle prescrizioni di assistiti residenti fuori Regione Piemonte titolari di esenzioni classificate con codici della propria regione di residenza

Allegato 3. *Pacchetti di prestazioni*

Allegato 4. *Elenco PDTA formalizzati sul territorio regionale*

Allegato 5. Nota prot. n. 23016/A1405A dell'11.12.2015 *“Progetto SIRPED di attuazione delle previsioni del D.M. 2 novembre 2011 – Ulteriori disposizioni e comunicazioni in ordine alla gestione in dematerializzata del ciclo di vita della prescrizione di specialistica ambulatoriale”*

Allegato 6. Esemplificativo di alcuni contenuti informativi essenziali per la corretta prescrizione

Per qualunque ulteriore precisazione si rendesse necessaria, si prega di inviare la richiesta di informazioni ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

catalogo.ricettadematerializzata@regione.piemonte.it

carmela.giordano@regione.piemonte.it

raffaella.ferraris@regione.piemonte.it

herbert.sarri@regione.piemonte.it

Certi della consueta collaborazione, si raccomanda alle SS.LL., la massima diffusione delle informazioni condivise per iscritto e negli incontri svoltisi in Assessorato nei mesi scorsi, al fine di agevolare il percorso di adozione definitiva della Ricetta Dematerializzata, in tutte le sue fasi.

Cordiali saluti.

Il Dirigente del Settore A1410A

Dott. Vittorio Demicheli



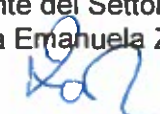
Il Dirigente del Settore A1412A

Dott. Antonino Ruggeri



La Dirigente del Settore A1403A

Dott.ssa Emanuela Zandonà



CG/HS/SDG/RF/ES/rf