



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2019/00452

DEL 27/06/2019

Collegio Sindacale il 27/06/2019

### OGGETTO

**PNGLA 2019-2021. Presa d'atto delle attività poste in essere dalla ASP; Ulteriori misure finalizzate al contenimento delle liste di attesa : Integrazione della Task Force Aziendale con MMMMG; Approvazione dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica per immagini; Approvazione protocollo per la appropriatezza prescrittiva; Mandato ai Direttori di Distretto della Salute per la effettuazione di audit con MMMMG e con Specialisti prescrittivi.**

Struttura Proponente

U.S.I.B. - Lauria

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
protocollo appropriatezza prescrittiva	14		

### Uffici a cui notificare

Area delle Cure Primarie - (LAG)	Area delle Cure Primarie - (PZ)
Budget e Controllo di Gestione	Diagnostica per Immagini
Direzione Sanitaria	Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate - Ex. Art.26
U.S.I.B. - Lauria	U.S.I.B. - Senise
U.S.I.B. - Melfi	U.S.I.B. - Venosa
U.S.I.B. Potenza	U.S.I.B. Villa D'Agri

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 27/06/2019

La presente diviene eseguibile ai sensi dell'art.44 della L.R. n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta approvazione regionale

l'Istruttore, Dott. Massimo De Fino, relaziona quanto segue:

### **Richiamati:**

- la DGR n. 1189/2011, di approvazione del Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- la DGR n. 15/2012, di approvazione del Disciplinare tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, ex art. 25 della Legge n. 833/78;
- il Regolamento aziendale di gestione delle agende di attività specialistica ambulatoriale, adottato con Deliberazione n. 1196 del 10.12.2009 ed aggiornato con i contenuti della DGR n.15/2012, relativo alla gestione delle agende e delle modalità prescrittive delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei Medici di medicina generale e degli altri medici specialisti ospedalieri, territoriali ed ambulatoriali;
- il DPCM del 12.1.2017 di "Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella GU n. 65 del 18.03.2017;
- La DGR 1178 del 16.11.2018, di istituzione dell'Osservatorio Regionale dei tempi di attesa, di cui all'art. 4 della Legge regionale n. 11 del 29.6.2018, alle cui attività la ASP partecipa con propri rappresentanti;
- l'intesa del 21.02.2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 05.06.2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23.12.2005, n. 266 (cfr. 4.10/2018/98/CSR);
- la DGR n. 271 del 04.04.2019, avente ad oggetto "Intesa del 21.2.2019 ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 05.06.2003, n. 131 tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23.12.2005, n. 266 – Recepimento”;

### **Premesso che,**

- in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2012 (nel seguito, PNGLA), questa Azienda, nell'alveo di un percorso di mutua collaborazione tra le componenti mediche, sanitarie ed amministrative dell'Azienda medesima, ha programmato - e in parte già realizzato - una pluralità di interventi che, in maniera strutturale, concorreranno a rimodulare le dinamiche presupposte alla domanda e all'offerta di prestazioni sanitarie e a garantire un appropriato e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari regionali;
- i predetti interventi muovono prioritariamente dall'obiettivo di addivenire ad una significativa riduzione dei tempi di attesa relativi alle prestazioni erogate dalla scrivente Azienda (in parte già conseguiti attraverso iniziative ad hoc) e, più in generale, delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;

### **Ritenuto che,**

- per le finalità di cui sopra, sia necessario incidere, secondo un modello di coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e dei soggetti erogatori, sulle

modalità di governo della domanda di prestazioni sanitarie, di offerta delle medesime nonché sul sistema di prenotazione CUP e sul conseguente dimensionamento delle Agende;

### **Considerato che**

- al fine di assicurare la massima integrazione nel raggiungimento degli obiettivi regionali relativi alla gestione delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, nonché alla riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale, le Aziende Sanitarie del SSR di Basilicata hanno proceduto alla stesura e alla condivisione di specifici accordi interaziendali, individuando le pertinenti azioni ed il relativo cronoprogramma per il triennio 2019-2021, di cui questa Azienda ha preso con DDG n. 206 del 19.03.2019:
- con DDG n. 330 del 03.05.2019, al fine di implementare un sistema di monitoraggio sui tempi di attesa e sulla coerenza degli stessi rispetto a quelli massimi stabiliti dalla normativa vigente, nonché sulle attività previste per la riduzione della mobilità passiva ospedaliera, l'ASP ha proceduto alla individuazione di alcuni referenti aziendali, parte della task force interaziendale, per la verifica sullo stato di attuazione delle azioni rinvenienti dal menzionato accordo;

**Ravvisata** la necessità di uniformare l'intero processo di offerta prestazionale relativo alle attività istituzionali delle strutture aziendali, ai centri esterni accreditati e contrattualizzati nell'ambito del budget annuo assegnato nonché all'attività libero professionale degli specialisti dipendenti;

**Rilevato** che le attività libero professionali rese in regime intramurario da personale medico dell'ASP hanno formato oggetto di costante monitoraggio da parte della Direzione Strategica aziendale, sicché le stesse, allo stato rese in misura del tutto marginale rispetto al complesso delle prestazioni erogate dall'Azienda e dagli specialisti medesimi in regime istituzionale, in nessun caso concretano l'ipotesi di "superamento del rapporto tra l'attività libero professione e istituzionale sulle prestazioni erogate" (che il PNGLA presuppone al "blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate");

### **Tenuto conto**

- che, a seguito della Deliberazione sopra citata, la Direzione Strategica dell'ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale:
  - a) con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di

monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:

- Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
  - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
  - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
  - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
- b) Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
- Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;
  - Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;
  - Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di afferenza;
  - Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

**Dato atto che**, nell'ambito del governo dell'offerta, al fine di garantire una efficiente ed appropriata attività ambulatoriale, omogenea sia in ambito istituzionale che nel privato accreditato e nell'ALPI, si rende necessario revisionare:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell'Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l'obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e "deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta" (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l'utente, salva l'ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale "le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura");
- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l'utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;
- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;
- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario, per quanto testé detto, per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
  - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
  - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
  - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
  - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
  - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
  - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
  - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;

- esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
  - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti
  - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
  - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti.
- I criteri di costruzione delle Agende, perché tengano conto dei tempi massimi sopra indicati, con possibilità di deroga al predetti nel caso in cui:
    - i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
    - le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempi più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

**Ravvisata la necessità**, per quanto sopra, di integrare la task force aziendale con ulteriori figure professionali in base alla specificità delle attività da attuare;

**Considerato che** le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono erogate dall'Azienda al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e offrire all'utenza un servizio adeguato alle necessità;

**Tenuto conto** che la numerosità dell'offerta, intesa come complesso delle Agende ambulatoriali, e la sua diffusione in plurimi punti di erogazione necessitano di una modalità omogenea di gestione delle Agende medesime;

**Ravvisata** l'esigenza di realizzare attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, prenotazione e erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistica in intramoenia;

**Ravvisata la necessità**

- a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, di dover integrare il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;
  - CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
  - CISL: dr.ssa Migla Russo;
  - SNAMI: dr. Costantino Quagliata;
- 
- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
  - che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
  - che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
  - che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

**Ritenuto** di prendere atto del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale) prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

**Dato atto che** la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

**Di richiamare** la narrativa della deliberazione nella sua sezione dispositiva;

**Di prendere atto** delle attività già in poste in essere da questa Azienda in risposta alle direttive nazionali, regionali ed in ottemperanza a quanto previsto nell’Accordo Interaziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, di cui alla DDG n. 206 del 19/03/2019, così riassunte:

- la Direzione Strategica dell’ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale;

- a. con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:
- Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
  - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
  - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
  - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
- b. Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
- Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;
  - Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;



- Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di afferenza;
- Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

#### **Di approvare:**

- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
  - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
  - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
  - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
  - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
  - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
  - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
  - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;
  - esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
  - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti;
  - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
  - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;

#### **Di prevedere** due possibili ipotesi di deroga ai tempari massimi sopra indicati:

- i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
- le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempari più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

**Di integrare**, a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;

- CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
- CISL: dr.ssa Migla Russo;
- SNAMI: dr. Costantino Quagliata;

### **Di prevedere:**

- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
- che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
- che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
- che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

**Di emanare** le seguenti direttive, vincolanti per i Dirigenti responsabili di procedimento (Distretti della Salute, Assistenza Primaria, CEA, SIA , ecc.), che richiedono la revisione di quanto appresso:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell’Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l’obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e “deve essere riferito all’insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta” (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l’utente, salva l’ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale “le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura”);
- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l’utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;

- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;

**Di realizzare** attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, di prenotazione e di erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistica in intramoenia;

**Di prendere** atto del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale), prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

### **IL DIRETTORE GENERALE**

**In virtù** dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 258 del 16.11.2018;

**Letta e valutata** la proposta deliberativa riportata in narrativa;

**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

### **DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

**Di richiamare** la narrativa della deliberazione nella sua sezione dispositiva;

**Di prendere atto** delle attività sin qui poste in essere da questa Azienda - che, ad oggi, hanno già prodotto una riduzione dei tempi di attesa relativi a talune branche e specialità - in risposta alle direttive nazionali, regionali ed in ottemperanza a quanto previsto nell'Accordo Interaziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, di cui alla DDG n. 206 del 19/03/2019. Nello specifico (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- la Direzione Strategica dell'ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale:
  - c. con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:
    - Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
    - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
    - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
    - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
  - d. Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
    - Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema

Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;

- Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;
- Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di afferenza;
- Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

### **Di approvare:**

- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
  - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
  - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
  - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
  - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
  - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
  - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
  - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
  - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;
  - esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
  - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
  - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti;
  - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
  - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;

### **Di prevedere** due possibili ipotesi di deroga ai tempari massimi sopra indicati:

- i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
- le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempari più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

**Di integrare**, a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;
- CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
- CISL: dr.ssa Migla Russo;
- SNAMI: dr. Costantino Quagliata;

**Di prevedere:**

- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
- che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
- che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
- che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

**Di emanare** le seguenti direttive, vincolanti per i Dirigenti responsabili di procedimento (Distretti della Salute, Assistenza Primaria, CEA, SIA , ecc.), che richiedono la revisione dei processi di cui appresso:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell’Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l’obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e “deve essere riferito all’insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta” (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l’utente, salva l’ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale “le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente

richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura”);

- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l'utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;
- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;

**Di realizzare** attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, di prenotazione e di erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistiche in intramoenia;

**Di prendere atto** del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale), prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

**Di dare mandato** ai Direttori di Distretto della Salute di effettuare specifici audit con i MMG e con gli specialisti prescrittori, finalizzati al monitoraggio ed alla adesione al protocollo per la appropriatezza prescrittiva, nonché alla analisi dei profili prescrittivi;

**Di dichiarare** la deliberazione immediatamente eseguibile e trasmetterne copia, tramite la procedura atti digitali, alle strutture indicate in copertina, nonché al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata e all'Azienda AOR San Carlo di Potenza;

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Massimo De Fino

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

*Francesco Negrone*

*Lorenzo Bochicchio*

*Giacomo Chiarelli*

---

Il Direttore Sanitario  
Francesco Negrone

---

Il Direttore Generale  
Lorenzo Bochicchio

---

Il Direttore Amministrativo  
Giacomo Chiarelli

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# **PROTOCOLLO PER LA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

Indicazioni per la corretta compilazione della  
prescrizione di prestazioni di specialistica  
ambulatoriale e diagnostica strumentale



## APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

### PREMESSA

Il DPCM 12/01/2017 pubblicato in G.U 65 del 18/03/2017, “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”, disciplina gli interventi in materia di appropriatezza prescrittiva precisando che gli enti del Servizio sanitario nazionale attivano iniziative formative e informative ai medici e ai cittadini, forniscono strumenti e definiscono procedure per favorire la prescrizione appropriata in tutti gli ambiti assistenziali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri e le modalità per verificare che il comportamento prescrittivo dei medici sia conforme alle condizioni di erogabilità e alle indicazioni di appropriatezza di cui al DPCM 12/01/2017.

### ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui **all'allegato 4 del DPCM 2017** che sostituisce il **Nomenclatore** di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996.

Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva.

**L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D.** Nella predisposizione del nuovo nomenclatore si è tenuto conto delle proposte formulate nel corso degli ultimi dieci anni dalle Regioni, dalle Società scientifiche e da soggetti ed enti operanti nell'ambito del SSN, relative all'inserimento di nuove prestazioni (la maggior parte delle quali rappresenta un trasferimento dal regime di day hospital o day surgery), alla modifica di prestazioni attualmente incluse o alla soppressione di prestazioni ormai obsolete.

Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

Le regioni disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Sono erogati in forma ambulatoriale organizzata i pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostica o terapeutica, individuati con le modalità indicate dall'articolo 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, nel rispetto della disciplina in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

### Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate, in corrispondenza di ciascuna prestazione, note su specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni, al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.



2. Le prestazioni ambulatoriali di **densitometria ossea** sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite **nell'allegato 4A al DPCM 2017**.
3. Le prestazioni ambulatoriali di **chirurgia refrattiva** sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite **nell'allegato 4B al DPCM 2017**.
4. Sono confermate le condizioni e i limiti di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva attualmente previste dal DPCM 5 marzo 2007, riportati negli allegati 4A e 4B.
5. Le prestazioni ambulatoriali di **assistenza odontoiatrica** sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati **nell'allegato 4C al DPCM 2017**. La proposta dà attuazione a quanto previsto dell'art. 9 del d.lgs. n. 502/92 identificando, per ciascuna prestazione, i possibili beneficiari: i minori, le persone con vulnerabilità sanitaria e le persone con vulnerabilità sociale, identificati secondo i criteri esplicitati nell'allegato 4C.

Sono chiaramente individuate le prestazioni di procreazione medica assistita, attualmente erogabili solo in regime di ricovero diurno.

Tra le prestazioni di Genetica viene introdotta la consulenza genetica per coloro che si sottopongono ad una indagine genetica utile a confermare o ad escludere un sospetto diagnostico; la consulenza permetterà loro di comprendere l'importanza ed il significato del test al momento dell'esecuzione e le implicazioni connesse al risultato al momento della consegna del referto e di fornire alla persona il sostegno necessario per affrontare la situazione, spesso emotivamente difficile.

Si riporta testualmente per completezza l'art. 2. Del D.M. 9 dicembre 2015 che definisce :

- a) «**condizioni di erogabilità**» le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale;
- b) «**indicazioni di appropriatezza prescrittiva**» le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali specificate nell'allegato 1, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata;
- c) «**specialista**» il medico che, in relazione al rapporto di lavoro in essere, ha titolo per erogare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per conto del Servizio sanitario nazionale.

## LA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Con DM 2 novembre 2011 è stata regolamentata la dematerializzazione della ricetta medica per le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

A partire dal 1° settembre 2014, nella Regione Basilicata la ricetta cartacea è stata in gran parte sostituita dalla ricetta dematerializzata che è obbligatoria per farmaci e prestazioni specialistiche.

### Prescrizione e Prestazione:



- il termine Prescrizione indica, a livello generale, la parte di dettaglio della ricetta dematerializzata, ossia la parte che contiene il codice AIC del farmaco oppure il codice del nomenclatore tariffario delle prestazioni. Ciò è in linea con quanto è riportato come dicitura nella ricetta cartacea del SSN.
- Il termine prescrizione indica anche, in senso stretto, la prescrizione farmaceutica, mentre il termine Prestazione indica unicamente la prestazione

Il processo di de-materializzazione interessa tutti i medicinali classificati in fascia A, erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad eccezione delle seguenti tipologie di farmaci per i quali la ricetta continuerà ad avvenire su ricettario SSN (ricetta rossa) secondo le consuete modalità:

- farmaci del prontuario ospedale-territorio (PHT) erogati in DPC (distribuzione per conto)/distribuzione diretta; – medicinali stupefacenti di cui alle Tabelle A (es. morfina fiale), B (es. Alcover sciroppo), C (es. Gardenale cpr) e D (es. oppiacei utilizzati per via orale/transdermica nella terapia del dolore);
- farmaci assoggettati a ricetta limitativa senza obbligo di Piano Terapeutico (es. Kayexalate sosp.);
- farmaci con particolari modalità prescrittive ed erogative (es. alprostadil, isotretinoina, clozapina, ecc.);
- farmaci di fascia C quando prescritti a carico del SSR (es. paracetamolo, farmaci per la disfunzione erettile, farmaci di classe C per invalidi di guerra); – ossigeno

**NAR:** codice di autenticazione ricetta è univoco ed è emesso dal SAC; è il codice di validazione della ricetta dematerializzata da parte del SAC stesso. Viene stampato nella parte inferiore del promemoria. Un promemoria con NRE stampato correttamente ma senza codice di autenticazione non è da ritenersi valido. NB: il SAC è il Sistema di Accoglienza Centrale gestito da Sogei per il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), che si occupa della trasmissione telematica dei dati previsti dall'art. 50.

Il **SAC** è il sistema che garantisce la circolarità nazionale delle ricette dematerializzate, affinché per es. una ricetta specialistica o una ricetta farmaceutica non siano erogate due volte in due regioni distinte. Il SAR è il Sistema di Accoglienza Regionale, gestito, informaticamente.

## **EVOLUZIONE TECNOLOGICA DELLA PRESCRIZIONE: INTRODUZIONE DELLA RICETTA ELETTRONICA**

È già in fase di attuazione, seppur in differente stato di avanzamento nelle diverse strutture del territorio, l'adeguamento degli applicativi informatici per l'utilizzo della ricetta elettronica, che richiede procedure specifiche e più vincolanti rispetto alle precedenti modalità.

La procedura informatizzata di prenotazione-erogazione-refertazione delle prestazioni, che prevede il riconoscimento attraverso codice IUP (ricetta cartacea) o NRE (ricetta elettronica) e la conseguente impossibilità, da parte dell'operatore di front office, di modificare o aggiungere prestazioni (quelle inserite a mano sull'impegnativa) o di modificare altre condizioni (ad esempio l'esenzione), necessita di alcune attenzioni anche da parte dei prescrittori.

La ricetta elettronica, infatti, poiché le informazioni, pur riportate in un promemoria cartaceo, vengono in realtà trasmesse unicamente in modalità informatica, può essere unicamente e interamente compilata solo con la stessa modalità informatica.



Qualora il medico prescrittore ritenga di dover apportare modifiche, anziché effettuare correzioni, dovrà produrre una nuova ricetta, annullando necessariamente quella precedente.

Non è più possibile, pertanto, apportare correzioni manuali successive, seppure controfirmate.

Rimane contemporaneamente la possibilità della compilazione completamente manuale di ricette cartacee tradizionali, laddove non sia possibile la compilazione informatica, come al domicilio del paziente o in qualsiasi situazione di impossibilità tecnica, specificando la motivazione in apposito spazio note.

Si riportano due allegati della Regione Basilicata :

- ✓ **allegato 1** ) determina dirigenziale dipartimento politiche della persona n. 13a2.2014/d.00240 10/11/201, avente per oggetto : avvio delle prescrizioni dematerializzate di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale su tutto il territorio della regione Basilicata
- ✓ **allegato 2** ) Circolare informativa relativa a ricetta elettronica (4/3/2016)

## OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE

- l'uniforme applicazione ed interpretazione delle Regole;
- il ricorso appropriato all'assistenza ambulatoriale e alla diagnostica strumentale

### Destinatari

#### Medici prescrittori

Sono abilitati all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale, ex art. 50 Legge n. 326/03, di conversione del D.L. n. 269/03 i seguenti medici:

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia;
- Medici di Continuità Assistenziale;
- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati;
- Medici di Residenze Sanitario Assistenziali (RSA);
- Medici addetti al Servizio di Guardia Turistica;
- Medici di Consultori familiari, di Servizi per le Dipendenze (SerD) e Presidi di ASL.
- Medici delle Aziende Ospedaliere e Medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR);
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCSS) di diritto pubblico e privato;

Il ricettario unico è destinato alla prescrizione di prestazioni sanitarie:

- effettuabili presso strutture sanitarie di diritto pubblico e privato, accreditate e a contratto, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme nazionali, comunitarie o agli accordi bilaterali di sicurezza sociale;

La prescrizione medica, atto complesso a valenza sia clinica che giuridica, è stata sottoposta negli



ultimi anni a ripetuti interventi legislativi, che hanno sempre più messo in rilievo le **responsabilità** in cui può incorrere il Medico nel momento in cui redige la ricetta.

E' importante richiamare l'attenzione sul fatto che le conseguenze di prescrizioni mediche improprie non si limitano ad eventuali sanzioni legate al diritto amministrativo o penale. Esse, infatti, investono anche il rapporto convenzionale o di dipendenza .

**È vietato l'uso del ricettario unico regionale durante l'attività libero professionale dei Medici di Famiglia e degli Specialisti operanti in strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime intra che extramoenia(art. 50 Legge Finanziaria 2004).**

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

**Per quanto sopra, il ricettario medico e/o la ricetta de materializzata può essere autorizzata solo per personale medico, dipendente e/o convenzionato in modo esclusivo ( a tempo pieno o parziale ). Non possono essere autorizzati all'uso medici in pensione o rapporto convenzionale privatistico ( partita IVA ).**

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, la cui compilazione è atto medico, non mero atto burocratico: l'incompleta o non corretta compilazione, modifiche o alterazioni apportate alla ricetta, come ad esempio correzioni, oltre che costituire violazione delle indicazioni regionali, possono configurarsi come illecito di tipo amministrativo e penale.

Il medico è tenuto a riportare sulla ricetta, nel riquadro "Esenzione" il numero della tessera di esenzione ed il codice della patologia per cui si usufruisce dell'esenzione, barrando, inoltre, la lettera "A" o "R", secondo le disposizioni regionali vigenti

Non è compito del medico curante trascrivere esami richiesti dallo specialista.

Il medico specialista, dipendente o convenzionato, qualora ritenga necessarie ulteriori indagini per rispondere alla richiesta di consulto deve prescriberle direttamente su ricettario regionale.

- Lo stesso medico specialista è tenuto a prescrivere direttamente su ricettario regionale eventuali accertamenti preliminari agli esami strumentali, ai ricoveri ordinari o in day-hospital;
- I rapporti tra medico curante e specialista devono essere caratterizzati da reciproco rispetto e collaborazione (Codice Deontologico);
- Pertanto lo specialista ha il dovere d'ufficio e il dovere etico - deontologico di prescrivere direttamente gli accertamenti che ritiene necessari come parte integrante della sua prestazione.

Non devono essere prescritte su ricettario regionale tutte le prestazioni preliminari o correlate a prestazioni escluse dai LEA, come ad esempio:

- ✓ gli accertamenti che precedono interventi di chirurgia estetica, di implantologia o cure estetiche in ambito odontoiatrico,
- ✓ le prestazioni nell'interesse privato del cittadino, quali: esami o visite per rilascio/rinnovo patente di guida, di porto d'armi, per uso assicurativo, eccetto le prestazioni LEA (visite mediche per il rilascio della certificazione di idoneità sportiva agonistica in soggetti minorenni e disabili agonisti), in quanto l'onere economico di dette prestazioni è a totale carico del cittadino;



- ✓ è da evitare l'uso di prestampati riportanti elenchi di prestazioni, che non onorano l'individualità del paziente oggetto dell'opera medico professionale e che possono favorire la richiesta di prestazioni non necessarie al singolo paziente.

**Vengono riportate di seguito alcune importanti regole prescrittive riferite alla specialistica ambulatoriale ed alla diagnostica strumentale, in regime di erogazione a carico del SSR.**

### **Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (N.T.R.)**

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

Esso ricomprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale prescrivibili in ambito del SSR, suddividendole per branca specialistica di appartenenza ed identificandole secondo la codifica ICD-9-CM. Per ciascuna prestazione è altresì indicato il costo, aggiornato con cadenza di norma annuale, e per le diverse tipologie sono rappresentati criteri di prescrivibilità e di rendicontazione, limiti di effettuazione, ecc.

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

### **Limite di prescrivibilità**

Ogni ricetta può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite massimo di otto prestazioni; prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse.

Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel Decreto del Ministro della Sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 150 del 14 settembre 1996, e successive modificazioni ed integrazioni, che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli, fatte salve le specifiche patologie che sono individuate con Il DM 20/10/98, avente come oggetto "Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione".

Le branche specialistiche sono quelle individuate nel Nomenclatore Tariffario.

Viene fatto divieto di prescrizione contestuale sulla stessa ricetta di prestazioni specialistiche per le quali l'assistito è esente e prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

### **Periodo di validità dell'impegnativa**

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

Il cittadino potrà usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta, presso la stessa struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e/o di trattamento prescritto, di norma entro 1 anno dalla data di effettuazione della prima prestazione.

Prescrizioni di prestazioni di follow up e/o di approfondimento diagnostico sono conseguentemente da ritenersi di pertinenza dello Specialista entro il suddetto intervallo temporale.

### **Prestazioni specialistiche ambulatoriali**

L'indicazione della tipologia d'accesso (primo accesso/controllo) deve essere sempre riportata sulla prescrizione a cura del prescrittore (Medico di Medicina Generale o del Medico Specialista) secondo le modalità di seguito specificate.



## Obbligo dell'indicazione del quesito diagnostico prevalente

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

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale potranno rappresentare un costo per il SSR solo se le relative prescrizioni saranno corredate dal quesito diagnostico prevalente espresso nella maniera più esauriente e circostanziata.

In assenza del quesito, l'Erogatore non potrà erogare la prestazione a carico del SSR.

Nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione non compaia, è necessario apporre sulla ricetta la formula "... omessa diagnosi su esplicita richiesta del paziente..." (o l'acronimo convenzionale "O.D.") ed indicare diagnosi o sospetto in foglio separato ed in busta chiusa.

## Prima visita specialistica o primo accesso

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

La Regione Basilicata con **DGR 15 del 16/01/2012** ha approvato il " **disciplinare tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali** " disciplinando

- il funzionamento del CUP,
  - la modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali,
  - le modalità di gestione delle unità operative e delle agende CUP
  - i sistemi di verifica e controllo.

Con la DGR 298/2012 ha recepito il Documento d'intesa del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, tuttora vigente nelle more dell'adozione del nuovo PINGLA 2019/2021.

Detta normativa individua una serie di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale da sottoporre a monitoraggio al fine di garantire il rispetto di adeguati tempi massimi di attesa.

Il Piano prevede, tra l'altro, la definizione di classi di priorità cui associare tempi di garanzia delle prestazioni individuate nel Manuale RAO adottato con la D.G.R. n. 140 del 14 febbraio 2012.

La Regione Basilicata ha emanato la Legge Regionale n. 11 del 29/06/2018 che all'art. 4 prevede l'istituzione dell'osservatorio regionale dei tempi attesa e all'art. 72 indica le norme in materia di riduzione dei tempi delle liste di attesa alle Aziende Sanitarie di seguito citato testualmente:

1. I direttori generali delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti ad attivare ogni azione utile affinché i medici prescrittori informino i propri comportamenti al rispetto delle linee guida nazionali e dei provvedimenti regionali relativi all'appropriatezza prescrittiva garantendo adeguati processi di verifica, controllo e monitoraggio.
2. I direttori generali delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti al rispetto dei tempi massimi stabiliti in attuazione della Intesa della Conferenza Stato Regioni n.189 del 28 ottobre 2010 per le liste di attesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza





specialistica ambulatoriale armonizzando le prestazioni rese in ambito istituzionale, quelle rese in ambito libero professionale intramurario nel rispetto delle linee guida regionali e dell'art.3 commi 13 e 14 del D.Lgs n.124/1998, quelle rese dai centri esterni convenzionati ed in ultima istanza facendo ricorso all'acquisto di servizi sul libero mercato.

3. I direttori generali delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti a realizzare un sistema di monitoraggio delle prestazioni prenotate e non fruite da parte degli utenti e ad attivare le procedure di cui all'art.3 comma 15 del D.Lgs n.124/1998.
4. I direttori generali delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti a monitorare l'andamento degli obblighi e della loro tempistica afferenti il Sistema Sanitario Regionale per l'alimentazione dei dati del Fascicolo Sanitario Elettronico di competenza sia delle strutture erogatrici pubbliche, sia di quelle private convenzionate che della medica primaria.

### **Anomalie della prescrizione**

La proposta di visita specialistica e di indagini diagnostiche da parte del medico curante (Medico di Medicina Generale o Specialista) deve essere redatta secondo le norme del corretto utilizzo del ricettario del SSN e secondo le linee guida per la corretta applicazione del Nomenclatore Tariffario.

Pertanto:

- ✓ le richieste formulate senza un quesito diagnostico;
- ✓ le richieste non riportanti l'esenzione quando il paziente ne ha il diritto, sia per patologia che per condizione;
- ✓ le richieste che contengano prescrizioni di branche specialistiche diverse;
- ✓ le richieste con compresenza di prestazioni per cui vale l'esenzione assieme a prestazioni per le quali l'esenzione non è applicabile;
- ✓ le prescrizioni con numero di prestazioni richieste superiore ad 8 nella stessa ricetta;
- ✓ le richieste che comunque non siano conformi alle regole di prescrizione succitate,

dovranno essere segnalate alla ASL da parte delle strutture erogatrici, al fine di promuovere una miglior prassi prescrittiva in sede di incontri interdistrettuali ed interaziendali periodici.

### **La Prescrizione dello Specialista**

#### **Prestazioni specialistiche ambulatoriali**

Gli Specialisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (compresi i Medici del Pronto Soccorso) prescrivono direttamente (ACN 23 marzo 2005) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il ricettario regionale, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante, né alcuna autorizzazione all'ASL.

Le regole per la prescrizione cui i Medici specialisti debbono attenersi sono le medesime indicate per il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Famiglia.

Lo Specialista è tenuto al rispetto delle norme previste in materia prescrittiva, nonché delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al DPCM 2017 che aggiorna il DM 329/99 - e successive modificazioni - relativo all'elenco delle malattie croniche e all'elenco delle malattie rare e delle modalità di prescrizione previste dall'art. 50 della legge 326/2003 e sui criteri.

Spetta pertanto al Medico specialista la compilazione della scheda per il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per patologia.

Saranno erogate prestazioni nel rispetto della normativa in materia di Trasparenza ed Anticorruzione e delle incompatibilità previste dall'art. 1 commi da 5 a 19 della L. 662/1996 e s.m.i..



Al riguardo, nel caso la prescrizione provenisse da Centro Privato accreditato e contrattualizzato:

- lo stesso metterà a disposizione dell'Azienda la documentazione di attestazione da parte dei Professionisti incaricati di insussistenza di rapporti di lavoro con il SSN;
- l'utilizzo del ricettario del SSR da parte dei medici della Struttura è previsto esclusivamente per i percorsi indicati dalla normativa regionale in vigore;
- la prescrizione informatizzata delle ricette sarà adottata da parte dei medici del Centro in conformità alle indicazioni della Regione e compatibilmente con la fattibilità tecnica resa disponibile.

### **Risposta dello specialista al quesito diagnostico**

Lo Specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, da inviare al Medico curante. Al termine della visita e delle eventuali indagini effettuate, deve essere assicurato da parte dello Specialista l'invio al Curante di esauriente relazione nella quale siano contenuti eventuali consigli terapeutici ed indicazioni per il successivo follow up.

Lo specialista stesso, all'atto della prima visita, se il paziente necessita di visita di controllo, effettuerà la prenotazione tramite le vie codificate dalla ASP.

Le richieste non correttamente formulate dallo Specialista potranno essere segnalate all'ASP al fine di consentire la promozione di una migliore prassi prescrittiva nell'ambito degli incontri periodici con gli Erogatori.

### **Consiglio terapeutico**

Al di fuori delle situazioni in cui lo Specialista prescrive direttamente su ricettario unico, qualsiasi indicazione clinica indirizzata al Medico curante rappresenta un "consiglio diagnostico terapeutico". Il medesimo esprime un indirizzo di diagnosi e cura utile a guidare il Curante nella scelta del profilo ritenuto più idoneo ed efficace per la patologia dell'assistito. Affinché il "consiglio" possa essere tradotto in prestazione spendibile a carico del SSN, è necessario che il Curante ne condivida i contenuti e ne faccia richiesta.

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

- ✓ non possono essere consegnati ai pazienti moduli prestampati contenenti "suggerimenti" o "cliché" preconfezionati di prestazioni specialistiche;
- ✓ non possono essere recapitati o comunicati agli stessi pazienti "inviti" per effettuare visite, indagini specialistiche diagnostico-terapeutiche, pacchetti di prestazioni precostituiti da consegnare al Curante per la "traduzione" su ricettario del SSN;
- ✓ casi clinici particolari sono accompagnati solo da comunicazione scritta in busta chiusa, al fine di addivenire ad una univoca e concorde modalità di gestione fra Specialista e Curante;

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

Il Medico è chiamato ad attenersi per le prescrizioni specialistiche alle descrizioni riportate nel Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale e per quelle farmaceutiche alle note AIFA e alle indicazioni riportate in scheda tecnica. Le prescrizioni vanno fatte ordinariamente su supporto informatico e solo eccezionalmente compilate a mano con scrittura leggibile.

lo specialista ospedaliero o ambulatoriale si farà carico, in prima persona, di tutti gli accertamenti burocratici- amministrativi connessi e conseguenti alla presa in carico del paziente . La prescrizione di ulteriori accertamenti, la formulazione della diagnosi conclusiva, e/o di un piano terapeutico, la prescrizione della terapia saranno effettuate utilizzando il proprio ricettario SSN con assunzione di responsabilità professionali inerenti il caso clinico ( appropriatezza prescrittiva,



ordinamento di spesa, gestione del percorso assistenziale, rispetto della normativa di esenzione, rispetto delle norme AIFA etc. ) come previsto dalla vigente normativa in materia.

**Allegato 1**

**Regione Basilicata –**

**DETERMINA DIRIGENZIALE DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA N.  
13A2.2014/D.00240 10/11/2014**

**Avvio delle prescrizioni de-materializzate di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale su tutto il territorio della Regione Basilicata**

Al fine di adempiere a quanto previsto nel Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2/11/2011 e nel Decreto Legge 18/10/2012 n. 179, coordinato con la legge di conversione 17/12/2012 n. 221, è avviata, **a decorrere dal 1 dicembre 2014**, la sostituzione delle prescrizioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in formato cartaceo con quelle equivalenti in formato elettronico de-materializzato da prodursi in modalità sincrona a fronte del verificarsi di ogni evento prescrittivo.

I medici prescrittori (medico di base o medico specialista), **a decorrere dal 1 dicembre 2014**, inviano le prescrizioni elettroniche de-materializzate di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale al Sistema di Accoglienza Centrale del Ministero delle Finanze, utilizzando l'apposita funzione web disponibile sul sistema TS oppure in modalità Webservice dai propri sistemi gestionali opportunamente modificati secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e successive variazioni e integrazioni disponibili nel sito [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it). Nel sito web dipartimentale, all'indirizzo [www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/department.jsp?dep=100061&area=2971921&level=0](http://www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/department.jsp?dep=100061&area=2971921&level=0) è possibile consultare e scaricare il nomenclatore delle prestazioni ambulatoriale e l'elenco dei codici di esenzione.

La compilazione della ricetta elettronica de-materializzata segue le stesse norme in vigore per le prescrizioni cartacee, compreso il limite del numero massimo di prestazioni prescrivibili e l'eventuale esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria secondo le modalità previste dal decreto interministeriale 11 dicembre 2009, e le relative deliberazioni della Regione Basilicata.

A fronte dell'esito positivo dell'invio telematico dei dati della ricetta elettronica dematerializzata, i medici rilasceranno all'assistito un pro-memoria cartaceo, **conforme alle specifiche tecniche indicate nella normativa (portale SistemaTS – SistemaTS informa – Medici in rete – DM 2 novembre 2011 – Specifiche tecniche per la stampa del promemoria)**, completo del codice a barre del NRE (numero della ricetta elettronica), del CF (codice fiscale) dell'assistito, dei dati della prescrizione e dell'eventuale codice di esenzione del ticket.

Al fine di agevolare la fase di avvio, i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, fin tanto che non disporranno della piena operatività per la gestione delle ricette dematerializzate sul proprio gestionale, opportunamente aggiornato per l'utilizzo dei web service (**comunque non oltre il 31/01/2015**), sono autorizzati a prescrivere le prestazioni specialistiche su ricetta rossa del SSN. **Si intesta a tutte le strutture di prenotazione** (sportelli di accettazione Cup ubicati presso le strutture sanitarie regionali, Centri Esterni Accreditati e farmacie con attività di prenotazione, call center) l'obbligo di:

- ricercare e visualizzare, attraverso NRE e Codice Fiscale, la prescrizione effettuate dal medico di base per il suddetto assistito, non ancora prenotate;



- effettuare l'accettazione dell'impegnativa e quindi contestualmente bloccare la ricetta presso il SAC, evitando così le doppie prenotazioni su più erogatori;
- effettuare la prenotazione delle prestazioni presenti nella ricetta o del gruppo di ricette (vedi Laboratorio di Analisi);
- effettuare l'incasso del ticket (funzionalità disponibile solo per gli operatori abilitati all'incasso del ticket).

**Si intesta a tutte le strutture di erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale pubbliche e private accreditate** l'obbligo di verificare sul Sistema di Accoglienza Centrale l'esistenza della prescrizione inserita elettronicamente, di provvedere alla erogazione della prestazione o ciclo di prestazioni, a comunicare i dati di erogazione, utilizzando la modalità web-service dei propri sistemi gestionali opportunamente modificati secondo le specifiche tecniche allegata al D.M. 2 novembre 2011 e successive variazioni e integrazioni disponibili nel sito [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it) o l'apposita funzione web disponibile sul sistema TS.

Al fine di agevolare la fase di avvio, le **Strutture specialistiche private**, fin tanto che non disporranno della piena operatività per la gestione delle ricette dematerializzate sul proprio gestionale, opportunamente aggiornato per l'utilizzo dei web service (**comunque non oltre il 31/01/2015**), sono autorizzate ad erogare le prestazioni specialistiche provvedendo alla sola presa in carico della ricetta, utilizzando le funzioni disponibili sul SistemaTS, previo accesso con le proprie credenziali., che verranno rilasciate nei prossimi giorni e comunque entro la data di avvio definita nella presente nota.

La struttura di erogazione, nel caso di impossibilità tecnica ad accedere ai dati telematici della ricetta elettronica de-materializzata di prestazioni specialistiche, segnala immediatamente l'anomalia al Sistema Tessera Sanitaria, garantisce l'erogazione della/delle prestazione/i secondo quanto riportato nel promemoria cartaceo e si impegna a trasmettere telematicamente i dati dell'erogazione al Sistema di Accoglienza Centrale successivamente al ripristino delle normali condizioni di lavoro, secondo le modalità della cosiddetta "trasmissione in differita delle ricette erogate", secondo le specifiche tecniche allegata al D.M. 2 novembre 2011 e successive variazioni e integrazioni disponibili nel sito [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it).

La struttura di erogazione ritira il promemoria cartaceo ad erogazione avvenuta, avendo cura di fare apporre la firma dell'assistito, come già in uso per le ricette rosse del SSN.

Nulla cambia in merito alla prescrivibilità delle prestazioni (massimo 8 prestazioni per ricetta, ad esclusione dei prelievi, divieto di prescrivere nella stessa ricetta prestazioni esenti e non o prestazioni di branche diverse, ecc.) e relativamente alle modalità di gestione e rendicontazione contabile, compresa l'apposizione della firma dell'utente sul promemoria: le strutture private consegneranno i promemoria, unitamente alle ricette rosse del SSN, al competente ufficio dell'Azienda di appartenenza con cadenza mensile, secondo le modalità già in vigore per le ricette rosse del SSN (in allegato 1, **si riporta il nuovo tracciato** per il caricamento delle ricette dall'esterno per le strutture private che non utilizzano il software CEA Web).

Nelle more dell'avvio della de materializzazione anche nelle altre regioni, ad evitare disservizi, nei casi in cui l'utente si dovrà recare in un'altra regione, le prescrizioni specialistiche da parte del medico proscrittore dovranno essere effettuate solo su ricetta rossa del SSN. Inoltre, nel promemoria sarà riportato il seguente avviso: "**valido solo in Basilicata, nel caso in cui l'assistito debba recarsi in altra regione occorre prescrivere le prestazioni soltanto con la ricetta rossa del SSN**".

I pacchetti per lo sviluppo dei web service e relative istruzioni per avviare i test possono essere richiesti direttamente dalle software house a SOGEI, email [gestionets@sogei.it](mailto:gestionets@sogei.it), indicando nell'oggetto DEM.



Per richieste di informazioni e segnalazioni è disponibile il numero verde del Sistema Tessera Sanitaria 800-030-070.

## Allegato 2

### **Regione Basilicata - Circolare informativa relativa a ricetta elettronica (4/3/2016)**

#### **Circularità della ricetta dematerializzata farmaceutica (DPCM 14/11/2015).**

- dal 1 marzo 2016 il sistema TS (SAC), all'atto della dispensazione del medicinale, mette a disposizione delle singole farmacie il calcolo in tempo reale della quota di partecipazione a carico dell'assistito prevista dalla normativa vigente nella regione cui appartiene la sua azienda sanitaria di iscrizione, anche con riferimento al regime di esenzione o di partecipazione;
- Le specifiche tecniche di riferimento sono state pubblicate sul sito del SistemaTS [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it) (home □ Sistema TS informa □ medici in rete □ dm 2 novembre 2011 - Ricetta Dematerializzata);
- Al momento dell'erogazione di una ricetta dematerializzata relativa ad assistito iscritto fuori regione, la farmacia visualizzerà lo specifico messaggio (cod. 5213), che lo avvertirà della casistica in esame;
- Si conferma che il Sistema SAC assume come regione di iscrizione dell'assistito, quella risultante al sistema TS alla data della presa in carico della ricetta dematerializzata, ossia l'ultima comunicazione di iscrizione dell'assistito inviata dalle ASL;
- Per effetto del DPCM 14/11/2015, le ricette farmaceutiche, prescritte in una Regione, possono essere erogate in una Regione diversa;

#### **Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva (Decreto 9.12.2015 allegato).**

- ✓ il DM 9 dic 2015 introduce criteri di appropriatezza prescrittiva in base ai quali il medico, a fronte di determinati codici prestazione, deve **obbligatoriamente** inserire le seguenti informazioni in fase di prescrizione della ricetta (Invio Prescritto Richiesta):
- ✓ **Numero nota**, ossia numero progressivo identificativo della casistica prevista dal DM 9 dic 2015 per un determinato codice prestazione;
- ✓ **condizione di erogabilità prevista** da indicarsi come da DM 9 dic 2015;
- ✓ **appropriatezza prescrittiva**, da indicarsi come da DM 9 dic 2015;
- ✓ **patologia**, collegata alla prestazione, da indicarsi con un codice.

le specifiche tecniche di riferimento sono state pubblicate sul sito del Sistema TS [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it) (home □ Sistema TS informa □ medici in rete □ dm 2 novembre 2011 - RicettaDematerializzata), e riguardano:

- ✓ le procedure della ricetta elettronica (prescrizione e erogazione);
- ✓ il layout del promemoria ;
- ✓ le procedure di cui al DPCM 26/3/2008;

nel promemoria vanno inseriti solo i codici (senza descrizione) previsti dal DM 9/12/2015, in modo tale che lo stesso promemoria (nel formato A/5) possa contenere fino a 6 prestazioni con tali codici;

#### **Esclusione prestazioni dalla ricetta dematerializzata:**

- ✓ le **prestazioni termali** sono al momento escluse dalla prescrizione delle ricette dematerializzate (elenco allegato);
- ✓ **particolari farmaci**. In base a quanto stabilito dall'articolo 4 del DPCM 14 nov 2015, *per un periodo transitorio e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2017, le modalità di*



*dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta farmaceutica dematerializzata previste dall'art. 1 del presente decreto non si applicano:*

- *a tutti i farmaci con piano terapeutico AIFA, al fine di assicurare alle Regioni l'esecuzione dei controlli finalizzati alla verifica che le ricette siano redatte nel rispetto delle condizioni indicate dal Piano terapeutico;*
- *a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale.*