



## ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE: INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE

Aggiornamento Marzo 2005

A cura del  
Dipartimento Cure Primarie e  
Dipartimento Programmazione Acquisto Controllo  
dell'ASL di Brescia

Il documento si propone di fornire le principali indicazioni per la corretta modalità di compilazione/prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e promuovere a livello dei medici prescrittori:

- § l'uniforme applicazione ed interpretazione delle diverse regole;
- § la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- § il ricorso appropriato all'assistenza ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Si articola in due parti:

- Ø Parte I - Indicazioni per la corretta prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale
- Ø Parte II - La prescrizione dei medici specialisti operanti presso le strutture pubbliche e private accreditate e il consiglio diagnostico terapeutico

Il documento è stato sottoposto all'attenzione:

- § della Conferenza delle Strutture di Ricovero Accreditate ed ha raccolto il parere favorevole;
  - § del Comitato Aziendale della Medicina Generale ed ha raccolto il parere favorevole delle Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale;
  - § del Comitato Aziendale della Pediatria di Libera scelta ed ha raccolto il parere favorevole di FIMP;
- è stato altresì presentato all'Ordine dei Medici della Provincia di Brescia per la valutazione della congruenza degli aspetti deontologici.

Per la diffusione del testo vengono programmate le seguenti azioni:

- § pubblicazione sul notiziario mensile "Assistenza Primaria", rivolto agli operatori delle Cure Primarie dell'ASL di Brescia (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici del Servizio di Continuità Assistenziale, operatori dei Distretti Socio Sanitari);
- § pubblicazione sul sito web [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it);
- § pubblicazione sul notiziario mensile dell'Ordine dei Medici della Provincia di Brescia ;
- § pubblicazione sul sito web [www.ordinemedici.brescia.it](http://www.ordinemedici.brescia.it);
- § incontri di approfondimento con MMG e PLS presso ciascun Distretto Socio Sanitario;
- § incontri di approfondimento presso ciascuna struttura di ricovero accreditata.

Destinatari:

- § Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici del Servizio di Continuità Assistenziale (MCA);
- § Specialisti operanti presso le Strutture di Ricovero e Cura Pubbliche e Private Accreditate.

Il documento ha carattere sperimentale e sarà riaggiornato a distanza di 6 mesi.

## PARTE I

### INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE

A partire dalla considerazione che qualsiasi tipologia di prescrizione presuppone la corretta modalità prescrittiva tenendo presenti, oltre agli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica, razionale utilizzo di prestazioni sanitarie, in questa sezione sono state descritte le regole prescrittive riferite alla specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale in regime di erogazione a carico del SSR.

#### a) Ricettario unico regionale

Il decreto 18 maggio 2004 emanato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ha definito il nuovo modello di ricetta a lettura ottica in vigore dal 1 gennaio 2005 che viene a sostituire tutti i moduli con onere a carico del servizio sanitario nazionale, ovvero il modulo Ricettario Unico standard, i moduli Ricettario Unico Regionale cod. 1-2-7 ed i moduli interni utilizzati dalle strutture erogatrici.

Il ricettario unico è destinato alla prescrizione di prestazioni sanitarie:

- con onere a carico del servizio sanitario nazionale effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;
- 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 comunitarie o agli accordi bilaterali di sicurezza sociale;
- con onere a carico del ministero della Salute, prescrivibili a favore del personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

E' vietato, e si configura come illecito penale, l'uso del ricettario unico regionale durante attività libero professionale dei Medici di Famiglia e degli Specialisti operanti in strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime intra ed extra moenia.

La corretta stesura del nuovo ricettario prevede la compilazione di ogni sua parte:

- **nome e cognome dell'assistito**; nel caso in cui il paziente richieda l'anonimato è consentito indicare soltanto le iniziali. (il tagliando adesivo è predisposto per le sole prescrizioni farmaceutiche)
- **codice fiscale dell'assistito ovvero codice STP** per gli stranieri temporaneamente presenti
- **codice esenzione:**
  - casella "Non Esente" (N) – deve essere biffata in assenza di diritto del cittadino all'esenzione dalla partecipazione alla spesa;
  - campo codice esenzione – il medico prescrittore indica nello spazio previsto il codice di esenzione secondo quanto indicato nella "Tabella unificata di codifica delle patologie croniche, rare, stati di invalidità e altre condizioni di esenzione"; pubblicata sul sito web [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) ;
  - casella "Reddito" (R): l'indicazione dell'esenzione in relazione alla posizione reddituale dell'assistito (limitatamente per le prestazioni specialistiche e non per la farmaceutica) **viene effettuata presso la struttura sanitaria che eroga il servizio mediante marcatura della casella R**, qualora l'assistito autocertifichi tale condizione con l'apposizione della propria firma autografa nello spazio contiguo. La codifica specifica della condizione economica andrà apposta dagli operatori di sportello delle strutture erogatrici, in base alla dichiarazione **verbale** dell'avente diritto.

- **codice ASL assistito:** il campo va compilato soltanto qualora l'ASL dell'assistito non coincida con quella del medico (o della sua Struttura per gli Specialisti) che rilascia la prescrizione; qualora l'ASL dell'assistito sia di Regione diversa da quella del prescrittore, deve essere associato al codice Asl la sigla della provincia.
- **prescrizione - proposta - richiesta:** negli otto spazi indicati da apposite righe tratteggiate deve/ono essere indicata/e, la/le prestazioni di specialistiche seguendo le indicazioni previste dal nomenclatore tariffario vigente e dalle Linee Guida all'applicazione (consultabili sul sito web [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it)).
- **quesito/sospetto diagnostico-diagnosi:** deve sempre corredare la richiesta di prestazioni appartenenti a qualsiasi branca specialistica. Nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione non compaia, è necessario apporre 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.
- **numero totale di prestazioni specialistiche richieste** (con allineamento a sinistra delle cifre)
- **tipologia della prestazione:** S = suggerita (facoltativo), H = proposta di ricovero
- **codice, nome e cognome del prescrittore, timbro e firma autografa:** per i MMG/PLS/Medici di Continuità Assistenziale è richiesto il codice regionale, per gli altri prescrittori il codice fiscale. Nei casi di sostituzione del MMG o PLS, è necessario apporre il timbro del medico titolare e la firma del medico sostituto; nel caso di prescrittori specialisti operanti in strutture sanitarie, deve essere identificabile anche la U.O., Divisione, ecc.
- **data della prescrizione:** indicare in formato gg/mm/aa
- **indicazione della classe di priorità (A, B, C);** da utilizzare per le indagini incluse nella sperimentazione della priorità di accesso (visita cardiologica, visita oculistica, ecografia addome superiore, RMN encefalo, TC colonna vertebrale, Ecodoppler TSA).  
Le caselle (U.B.D.P) incluse nell'area della priorità della prestazione non devono essere compilate per gli assistiti della regione Lombardia.  
Nulla è variato rispetto all'utilizzo del "bollino verde" che compete comunque ai soli MMG/PLS.
- **retro della ricetta:** va obbligatoriamente compilato in caso di prescrizione a favore di assistiti di Istituzioni Estere, in possesso di Tessera Europea di assicurazione malattia o documento equivalente.

## **b) Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale**

Prevede le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale prescrivibili in ambito del SSR (*Delibera di Giunta Regionale 23 aprile 1999 n° 42606* e successive modifiche ed integrazioni); elenca, suddivise per ciascuna disciplina specialistica, le prestazioni ad essa appartenenti ed identificabili secondo la codifica ICD-9-CM. Per ciascuna prestazione è altresì indicato il costo e per le diverse tipologie sono rappresentati criteri di prescrivibilità, di rendicontazione, i limiti di effettuazione, ecc.

Il Tariffario rappresenta quindi lo strumento utilizzabile per la corretta prescrizione/rendicontazione: il prescrittore è chiamato ad attenersi quanto più possibile alle descrizioni riportate nel Tariffario ed il soggetto erogatore a correttamente effettuare e rendicontare le prestazioni effettuate.

A completamento del tariffario, in risposta ai più frequenti quesiti ed a chiarimento di numerose difficoltà interpretative nella sua applicazione, la Regione Lombardia ha redatto apposite Linee guida che prendono in rassegna alcune regole generali di prescrivibilità ed aspetti peculiari di ciascuna branca specialistica fornendo un ulteriore aiuto sia al prescrittore che all'erogatore.

Il tariffario e le linee guida sono consultabili nel sito web della Asl "www.aslbrescia.it" all'indirizzo del Dipartimento Cure Primarie -sezione "normativa".

### **c) Limiti di prescrivibilità**

- Ciascuna ricetta può contenere prescrizioni-proposte di una sola branca specialistica; per branche specialistiche diverse è necessario compilare ricette distinte.
- Ciascuna ricetta può contenere al massimo otto diverse prestazioni appartenenti alla stessa branca.
- Ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione e prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

### **d) Regole ed indicazioni generali**

L'effettuazione da parte di ciascun soggetto erogatore di qualsivoglia prestazione specialistica è subordinata ad idonea prescrizione medica secondo le seguenti modalità:

- in caso di primo accertamento il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali;
- tale richiesta deve essere corredata da diagnosi o sospetto diagnostico. Nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione non compaia, è necessario apporre la formula "*.. omessa diagnosi su esplicita richiesta del paziente...*" ed indicare diagnosi o sospetto in foglio separato ed in busta chiusa;
- lo specialista formula, indirizzandola al medico curante per il tramite del paziente, esauriente risposta al quesito diagnostico;
- qualora lo specialista medesimo, al fine di completare l'iter diagnostico, ritenga necessario procedere alla effettuazione di ulteriori indagini, se abilitato all'utilizzo del Ricettario Regionale, formula direttamente la prescrizione.
- è previsto l'accesso diretto dell'assistito (*senza proposta del medico curante*) nei seguenti casi:
  - o *urgenza*: è consentito l'accesso diretto al pronto soccorso ed alle branche specialistiche correlate: in tal caso la prima prescrizione di farmaci, strettamente connessi alla condizione di urgenza, deve essere compilata dai medici del pronto soccorso e dagli specialisti ambulatoriali;
  - o ricorso a prestazioni diagnosi e cura (da intendersi quali visite specialistiche) anche non urgenti, relative alle specialità di *odontoatria, ostetricia e ginecologia, pediatria* (per gli assistiti che non sono in carico a PLS), *psichiatria, neuropsichiatria infantile, oculistica* (limitatamente alla misurazione del visus);
  - o ricorso a servizi specialistici ospedalieri competenti per la cura di pazienti affetti da uremia cronica in dialisi, leucemia, emofilia, morbo di Cooley, forme tumorali per la terapia del dolore, esiti di trapianto d'organo.

### **e) Validità della prescrizione**

Si considera che la validità temporale per l'utilizzo della prescrizione medica sia riconducibile al limite previsto dalla normativa vigente. Pertanto la prescrizione specialistica è da ritenere valida pur se utilizzata a distanza di tempo dal momento della compilazione, purché entro cinque anni.

### **f) Identificabilità del prescrittore**

Ciascun prescrittore (MMG, PLS, specialista operante in struttura sanitaria pubblica o equiparata), nella compilazione prescrizioni su ricettario regionale, è tenuto ad apporre il proprio codice individuale (codice regionale per MMG e PLS, codice fiscale per tutti gli altri).

L'identificabilità del prescrittore rappresenta elemento indispensabile anche ai fini del controllo delle prestazioni ambulatoriali: ogni prestazione priva del codice non può essere posta a carico del SSR.

E' inoltre raccomandabile, quando necessaria, la indicazione dei riferimenti telefonici o di posta elettronica che consentano una agevole comunicazione diretta tra il medico curante e lo specialista.

**g) Prestazione eseguibili in momenti successivi** (vedi Linee guida per l'applicazione del Tariffario)

- **Per i soggetti affetti dalle forme morbose** di cui al DM 28 maggio 1999 n° 329, esentati dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale correlate a tali forme morbose, possono essere prescritte sulla medesima ricetta più prestazioni dello stesso tipo, fino ad un massimo di otto, da eseguirsi presso la medesima struttura in momenti successivi indicati dal medico prescrittore, **entro un periodo massimo di tre mesi** dall'effettuazione della prima prestazione.
- **Per le prestazioni indicanti l'indicazione di "ciclo"** appartenenti a branche specialistiche diverse dalla medicina fisica e riabilitazione, qualora le esigenze cliniche del paziente, esente e non, rendano necessario un ciclo terapeutico, queste possono essere prescritte nella medesima ricetta fino ad otto volte.
- Inoltre possono essere prescritte sulla medesima ricetta, per pazienti esenti e non, fino ad otto **prestazioni diagnostiche e terapeutiche identiche** delle quali il cittadino può usufruire presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e, comunque, entro tre mesi dall'effettuazione della prestazione prima del ciclo.

**h) Prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione**

Come enunciato nel paragrafo "Limiti di prescrivibilità", ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione e prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

La prescrizione delle prestazioni erogabili in regime di esenzione ai sensi del "*Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche ed invalidanti ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n° 124*" deve essere effettuata secondo i criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali e nel rispetto delle indicazioni riportate nello stesso atto. In tutti i casi in cui il diritto all'esenzione prevede la indicazione del codice o del numero, apposti dal medico prescrittore sulla ricetta, è necessario che lo stesso indichi tale informazione in maniera corretta e conforme alle regole sulla esenzione dalla partecipazione alla spesa.

La visita specialistica effettuata per certificare la sussistenza della patologia che dà diritto all'esenzione, non è esente dal ticket.

**i) Cittadini extracomunitari non iscritti al SSR**

Nei casi in cui il paziente sia un straniero extracomunitario non iscrivibile al SSR (stranieri non in regola con le norme di soggiorno), è previsto che lo specialista rediga la prescrizione di accertamenti diagnostici e terapeutici avendo cura di compilare e corredare la stessa di tutte le indicazioni cliniche ed amministrative previste (dati del paziente, diagnosi o quesito diagnostico, codice STP). Sono consultabili, in proposito, nel sito [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it) le Linee Guida recanti le norme per assistenza sanitaria a favore degli extracomunitari.

**l) Prestazioni urgenti – differibili**

Le prestazioni considerate "urgenti- differibili" sono contrassegnate dall'applicazione sulla ricetta da parte del medico curante del "bollino verde".

Sono riconducibili a tale tipologia le prestazioni la cui urgenza non comporta l'accesso alle strutture di urgenza ed emergenza, ma per le quali è prevista l'evasione entro le 72 ore dalla presentazione della richiesta.

- E' compito del medico di famiglia apporre il bollino verde sulla ricetta nel caso in cui ravvisi la condizione dell'urgenza differibile
- Il bollino verde non deve essere consegnato da medico al paziente per uso discrezionale
- l'applicazione del bollino verde non deve essere "suggerita" al paziente da parte dell'erogatore.

### m) Sperimentazione delle fasce di priorità

Nell'ambito della sperimentazione delle fasce di priorità, la prescrizione delle prestazioni individuate dalla Direzione Generale Sanità con DRG 15324/2003 (visita cardiologica, visita oculistica, ecografia addome superiore, RMN encefalo, TC colonna vertebrale, ecodoppler TSA) prevede l'esplicita indicazione della fascia di appartenenza:

- **fascia A** o **procedura sollecita** per la quale ciascuna delle prestazioni deve essere effettuata entro i tre giorni dalla data del rilascio;
- **fascia B** o **procedura di prima diagnosi** prevede l'effettuazione entro e non oltre i trenta giorni dalla data del rilascio per le visite ed i sessanta per le prestazioni strumentali;
- **fascia C** o **follow up** da riservare alle prestazioni programmate da inserire in liste di attesa specifiche ed indipendenti dalle normali liste.

L'indicazione della fascia A per le suddette prestazioni viene quindi a sostituire il "bollino verde", che resta in uso per tutte le altre prestazioni per le quali si ravvisi la necessità di effettuazione "urgente differibile".

La mancata indicazione della fascia di priorità o del bollino verde, comporta che la prestazione sia effettuata in base ai tempi di attesa correnti.

### n) Passaggio in cura

La richiesta di passaggio in cura viene formulata dal medico curante esplicitando per iscritto sulla ricetta "richiedo passaggio in cura". Al di là dell'aspetto formale, è buona regola che in tali casi medico curante e specialista condividano, con comunicazione diretta, motivazioni, modalità e durata del passaggio in cura.

Il passaggio in cura deve essere relativo alla singola condizione morbosa che lo ha motivato e si esaurisce di norma con la soluzione della stessa: per le patologie di lunga durata il MMG e lo Specialista concordano le fasi delle rispettive competenze definendo per quel paziente il percorso assistenziale più opportuno.

Lo specialista può, conseguentemente, assumere in cura diretta il paziente su richiesta motivata del medico di fiducia oppure su propria decisione per urgenti necessità terapeutiche: in tal caso fornirà motivata comunicazione al medico curante.

### o) Prestazioni correlate al ricovero

La proposta di ricovero ordinario deve essere accompagnata dalla scheda di accesso compilata dal medico delle cure primarie nella quale siano annotati i dati clinici relativi al paziente.

Le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione su ricettario del SSR.

- **Le procedure pre-operatorie:** le procedure e le indagini diagnostiche necessarie per valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico programmato, temporalmente distinte dal ricovero in cui avviene lo stesso (effettuate in data antecedente il ricovero), sono riconducibili all'episodio di ricovero in cui avviene l'intervento: pertanto, se effettuate nella stessa struttura (anche se in presidi diversi) in cui avverrà lo stesso, non richiedono emissione di impegnativa ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.
- **Le procedure post operatorie:** Le procedure effettuate presso la medesima struttura nell'immediato post operatorio e strettamente correlate alla conclusione dell'atto chirurgico, (medicazione di ferita, rimozione punti, ecc) ed effettuate, di norma entro il termine dei 10 giorni successivi alla dimissione sono riconducibili al DRG; non richiedono emissione di impegnativa ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa.
- **Le prestazioni successive al ricovero:** La richiesta delle prestazioni da eseguire **entro 30 giorni** dalla dimissione, è effettuata direttamente dallo specialista della struttura presso cui il paziente sia stato ricoverato. Tali prestazioni sono soggette a pagamento del ticket da parte del paziente (a differenza del post operatorio chirurgico) in quanto non fanno parte del ricovero. Al momento la norma è applicabile ai soli specialisti abilitati all'uso del Ricettario Unico Regionale.

## PARTE II

### LA PRESCRIZIONE DEI MEDICI SPECIALISTI OPERANTI PRESSO LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE E IL CONSIGLIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

Questa seconda sezione prende in considerazione le tematiche della prescrizione e del consiglio diagnostico-terapeutico, redatti dai medici specialisti operanti presso le Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate.

I destinatari sono dunque gli specialisti operanti presso le medesime ed a qualsiasi titolo abilitati all'uso del ricettario unico regionale. Come regola generale e come già indicato nella Parte I, qualsiasi tipologia di prescrizione presuppone che sia assicurato da parte degli specialisti al termine della visita e delle eventuali indagini effettuate, oppure alla fine del periodo di passaggio in cura, invio al medico curante di esauriente relazione nella quale siano contenuti eventuali consigli terapeutici e controlli specialistici.

#### USO DEL RICETTARIO UNICO REGIONALE DA PARTE DEGLI SPECIALISTI DELLE STRUTTURE PUBBLICHE ED EQUIPARATE

Gli specialisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate (compresi i Medici del Pronto Soccorso) prescrivono direttamente a ciascun paziente inviato dal curante, le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico utilizzando il nuovo ricettario regionale (fruibile dal cittadino presso qualsiasi Struttura Accreditata). Tale ricettario viene a **sostituire il ricettario interno**.

Le regole per la prescrizione sono le medesime indicate ai punti dalla a) alla o) della Parte I *"Assistenza Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale: indicazioni per la prescrizione"*.

E' vietato, e si configura come illecito penale, l'uso del ricettario unico regionale durante l'attività libero professionale intra ed extra moenia da parte dei medici operanti in strutture pubbliche e private accreditate.

#### USO DEL RICETTARIO UNICO REGIONALE DA PARTE DEGLI SPECIALISTI DELLE STRUTTURE PRIVATE PER LA SPERIMENTAZIONE DELLE PRIORITA' DI ACCESSO

Dal 1 febbraio 2005 e nell'ambito della sperimentazione delle fasce di priorità per la prescrizione delle prestazioni previste dalla DRG 15324/2003 **visita cardiologica, visita oculistica, Ecografia addome superiore, RMN encefalo, Tac colonna vertebrale, Ecodoppler TSA**, il ricettario unico regionale è in uso ai medici specialisti delle strutture private accreditate

Le modalità di compilazione della prescrizione sono quelle indicate al punto "Ricettario unico regionale" della Parte I ed alle quali va aggiunta la necessità di indicare sulle medesime il numero della ricetta da cui origina la richiesta di approfondimento diagnostico.

La stampigliatura della lettera "S" sul nuovo ricettario evidenzia che la prestazione è stata suggerita (nell'ambito della sperimentazione).

L'utilizzo del ricettario nell'ambito sopradetto è previsto nei casi in cui:

- La prestazione (una delle suddette) è effettuata all'interno della stessa struttura;
- la struttura accreditata non è a contratto per la prestazione richiesta; pertanto il paziente deve effettuarla altrove;
- il cittadino manifesta la volontà di rivolgersi ad altra struttura.

Al di fuori di queste condizioni e per le prestazioni specialistiche che non sono oggetto di sperimentazione, le strutture accreditate non sono abilitate all'uso del ricettario unico e pertanto rinviano il paziente al medico curante.

## CONSIGLIO DIAGNOSTICO-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 situazione in questione. Affinché il “consiglio” possa essere tradotto in prestazione spendibile a carico del S.S.N., è necessario che il curante ne condivida i contenuti.

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 RR;
- 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
- non deve essere suggerita ai pazienti l'apposizione sulla ricetta del “bollino verde” o la indicazione della classe di priorità (come, viceversa, non possono essere consegnati dal medico curante ai pazienti i bollini verdi da utilizzare arbitrariamente).

Lo specialista formula il consiglio diagnostico terapeutico su modulistica intestata alla struttura di appartenenza indirizzandola al medico curante per il tramite del paziente.

**Lo specialista di struttura pubblica**, per quanto già sopraindicato, prescrive direttamente su ricettario regionale la prestazione specialistica ritenuta necessaria al completamento diagnostico.

**Lo specialista di struttura privata accreditata**, salvo il caso riferito alle prestazioni oggetto di sperimentazione delle fasce di priorità, rinvia allo stesso curante la prescrizione di accertamenti specialistici.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR n. 5/12317 del 30 luglio 1991 “Atti di indirizzo sulle procedure d’accesso ai servizi sanitari della Regione Lombardia”
- DGR 23 aprile 1999 n. 6/ 42606 “Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe”
- DPR 28 luglio 2000 n. 270 “Regolamento di esecuzione dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale”
- DPR 28 luglio 2000 n. 272 “Regolamento di esecuzione dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta”
- DPR 28 luglio 2000 n. 271 “Regolamento di esecuzione dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni”
- Decreto H/32731 del 18/12/2000 “Linee guida per la corretta applicazione del Nomenclatore tariffario”
- DGR n. 7/8078 del 18/02/2002 “Indicazioni sulle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l’anno 2002”
- DGR n. VII/12692 del 10 aprile 2003 “Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l’anno 2003”
- DGR n. VII/15324 del 28/11 2003 “Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario regionale per l’esercizio 2004” e successivi atti regionali.
- Decreto 18 maggio 2004 “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell’art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica” e successivi atti regionali.