

## **LINEE GUIDA PER LA GESTIONE OPERATIVA DELLA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI**

### **Premessa**

Nelle more di un regolamento regionale sulla modalità di compilazione dell'impegnativa e valutate le numerose criticità segnalate da Servizi e MM.MM.GG., si è ritenuto, al fine di omogeneizzare i comportamenti, di sviluppare le seguenti linee guida.

Tale documento viene costruito secondo una gerarchia delle fonti e prevede conseguentemente la seguente articolazione:

- Prima parte: principi fondamentali e regole operative previsti della normativa nazionale o regionale.
- Seconda parte: regole operative aziendali derivate da documenti di indirizzo nazionali o regionali o dalle criticità più frequenti segnalate da utenti e operatori sanitari.

Conseguentemente, la seconda parte potrà indicare le modalità operative che l'Azienda ha ritenuto di introdurre ai fini di semplificare e migliorare il percorso dell'utenza e ridurre i disagi collegati a interpretazioni rigide o non univoche della norma da parte degli operatori sanitari interessati.

### **Prima parte**

#### **PRINCIPI FONDAMENTALI PREVISTI DELLA NORMATIVA VIGENTE**

##### **Modalità prescrittive**

I moduli del ricettario del S.S.N. devono essere compilati in maniera corretta e completa, con riportati almeno i seguenti dati:

- ◆ Codice sanitario - CRA
- ◆ Cognome e nome dell'assistito
- ◆ Età
- ◆ Indirizzo di residenza (non il domicilio sanitario)
- ◆ Diritto o meno all'esenzione per patologia / invalidità / gravidanza etc.
- ◆ Descrizione della/e prestazioni
- ◆ Diagnosi o sospetto diagnostico o quesito diagnostico
- ◆ Data di compilazione
- ◆ Timbro identificativo e firma del medico prescrittore

Nei casi in cui debba essere rispettato l'anonimato, sull'impegnativa devono essere riportati esclusivamente le iniziali del nome e cognome, la data di nascita e il comune di residenza ovvero un codice numerico. Tali indicazioni non vengono costantemente rispettate da parte dei prescrittori con particolare riferimento all'indicazione del quesito diagnostico.

### **Titolarietà prescrittiva**

L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato ai medici, dipendenti del servizio medesimo o con lo stesso convenzionati (MMG, PLS, Dirigenti medici dipendenti, Medici specialisti convenzionati SUMAI), a ciò specificamente abilitati e che lo utilizzano nell'ambito esclusivo dei rispettivi compiti istituzionali (restano quindi esclusi i medici di strutture convenzionate/accreditate private).

È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di medici dipendenti o Specialisti ambulatoriali convenzionati per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero - professionale intra o extra muraria.

### **Contenuti della prescrizione**

I MMG ed i PLS compilano la richiesta di esami strumentali e/o di consulenza specialistica in maniera completa. Le richieste devono essere compilate in modo chiaro e leggibile.

Il ricettario SSN è utilizzabile a favore dei soli iscritti al SSN ed esclusivamente per i seguenti ambiti di utilizzo, riferiti comunque a prestazioni erogabili dal SSN medesimo:

- ✓ Richiesta di visita o indagine specialistica
- ✓ Proposta di ricovero ospedaliero o in R.S.A.
- ✓ Proposta di prestazioni specialistiche
- ✓ Prestazioni attinenti l'assistenza integrativa
- ✓ Proposta di cure termali.

### **Prima visita e visita di controllo**

Il Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 22.1.2002 n. 150, all. 5) riporta le seguenti definizioni di prima visita e visita di controllo. La prima visita è la visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); inoltre sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed un riaggiustamento della terapia.

La visita successiva o "di controllo" rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Nell'ipotesi che un paziente si presenti nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite anche se riguardano lo stesso problema; viceversa se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente).

### **Competenze prescrittive dei Dirigenti medici dipendenti**

Le competenze prescrittive dei Dirigenti medici dipendenti sono definite in relazione alle seguenti casistiche:

1. **Pazienti ambulatoriali**. In attuazione di quanto disposto dall'art. 37 del D.P.R. 270/00, lo specialista è tenuto a prescrivere:
  - indagini (strumentali e di laboratorio) necessarie agli approfondimenti diagnostici utili per poter fornire la risposta al quesito posto dal medico curante (art.37-comma 5);
  - indagini propedeutiche ad ulteriori esami richiesti dallo stesso medico curante;
  - richiesta di consulenze specialistiche, al fine di fornire adeguata risposta al quesito del curante;

- trattamenti specialistici, limitatamente a quelli attinenti la branca specialistica del prescrittore (medicazioni, infiltrazioni, prestazioni riabilitative, piani di lavoro, prestazioni ripetute per la stessa patologia...);
  - prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di medicina generale.
2. **Pazienti dimessi**. Sulla base di quanto disposto dall'art. 37 comma 7 citato D.P.R. 270/00, lo specialista è tenuto a prescrivere, oltre a tutti gli esami pre ricovero, tutti gli accertamenti e successivi controlli da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione. Non è tenuto invece a prescrivere eventuali controlli programmati successivi ai 30 giorni dalla dimissione, che saranno proposti al medico curante (siamo sempre nell'indotto). Si precisa, per maggior dettaglio, che l'esenzione ticket sulle prestazioni post ricovero è limitata a tre settimane dalla dimissione, trascorse le quali permane solo l'obbligo della prescrizione da parte dello specialista fino al trentesimo giorno dalla dimissione

Le prestazioni ambulatoriali richieste da medici specialisti non necessitano, salvo casi adeguatamente motivati, della visita preventiva da parte dello specialista dell'ambulatorio per essere erogate (es. cicli di fisioterapia prescritti da altri fisiatri).

E' sempre utile ricordare che le richieste di prestazioni specialistiche devono essere formulate su ricette distinte, quando le prestazioni si riferiscono a branche specialistiche diverse.

### **Accesso diretto**

Un ambito particolare previsto nel comportamento sulla prescrizione specialistica è costituito dall'accesso diretto, come di seguito definito.

Presso le sole strutture pubbliche, tutti gli assistiti possono accedere, anche senza la richiesta del medico curante (accesso diretto), alle prestazioni erogabili dal S.S.N., relative alle seguenti specialità:

1. odontoiatria;
2. ginecologia;
3. pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base);
4. psichiatria e neuropsichiatria infantile;
5. oculistica, limitatamente alle sole prestazioni optometriche;
6. consultori familiari.

Ad alcune categorie di assistiti è consentito, inoltre, l'accesso diretto alle strutture specialistiche inerenti la propria condizione patologica o fisiologica. In particolare è consentito l'accesso diretto:

7. ai soggetti affetti da fibrosi cistica nei presidi di riferimento per la cura e la prevenzione di tale malattia;
8. ai pazienti diabetici nei servizi di diabetologia;
9. ai pazienti in trattamento dialitico nei servizi di dialisi;
10. ai donatori di sangue o di organo, ivi compresi i donatori di midollo, nelle strutture che effettuano gli accertamenti in rapporto agli atti di donazione;
11. ai pazienti trapiantati e in attesa di trapianto nelle strutture che effettuano prestazioni inerenti il trapianto;
12. ai tossicodipendenti nei SERT;
13. ai soggetti affetti da HIV o sospetti di esserlo nelle strutture di prevenzione e ai centri di riferimento specialistici.

Nei casi particolari in ultimo elencati (nn. 7-13) non è necessaria l'impegnativa solo se l'utente si rivolge alle strutture specialistiche inerenti la propria condizione patologica o fisiologica come sopra descritte. In caso contrario, se si rivolge o viene inviato dal centro specialistico di riferimento ad altre

strutture specialistiche (ovviamente diverse da quelle indicate ai nn. 1-6), deve essere munito di normale impegnativa.

Più in generale, qualora lo specialista di una struttura ad accesso diretto richieda prestazioni specialistiche a strutture non ad accesso diretto, deve utilizzare l'impegnativa del S.S.N. (ad es.: le richieste dei Consultori al Laboratorio analisi o all'Anatomia patologica devono essere formulate su impegnativa). Ciò è tanto più necessario, in quanto dal 1999, per tutte le prestazioni effettuate dalle strutture specialistiche (escluse quelle ad accesso diretto), l'Agenzia Regionale della Sanità ha reso obbligatoria la rilevazione del numero di impegnativa, sia per l'attribuzione della prestazione erogata che per la sua remunerazione.

### **Prestazioni integrative**

Il Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 22.1.2002 n. 150, all. 6 n. 8) definisce prestazioni integrative quelle prestazioni che fanno seguito ad una prestazione/visita specialistica richiesta dal medico di fiducia, dal MMG, dal PLS o altro specialista, indispensabili per fornire risposta al quesito diagnostico ed effettuate contestualmente alla prestazione inizialmente richiesta.

Per le richieste di tali prestazioni, se appartenenti alla stessa branca della prestazione inizialmente richiesta e fino ad un massimo di otto prestazioni per impegnativa, lo specialista dovrà firmare e segnalare le prestazioni effettuate utilizzando, a seconda delle modalità operative ritenute più opportune: 1) apposito timbro da apporre sul retro dell'impegnativa iniziale; 2) modulistica interna.

Per le richieste di prestazioni appartenenti a branche diverse o alla stessa branca della prestazione iniziale ma superiori ad otto per impegnativa, lo specialista dovrà compilare una o più nuove impegnative del ricettario regionale.

## Seconda parte

### REGOLE GESTIONALI OPERATIVE AZIENDALI

#### **Competenze prescrittive specifiche**

I medici prescrittori devono attenersi scrupolosamente alle definizioni di prima visita e visita di controllo riportate nella Prima parte ai fini di una corretta gestione del processo di prenotazione da parte dei CUP e degli operatori, che non sono autorizzati all'interpretazione ovvero riclassificazione della prestazione richiesta. Si raccomanda conseguentemente di non utilizzare la formulazione "visita di controllo" o "visita per controllo" laddove con tali termini si intenda il processo valutativo implicitamente contenuto nella prestazione. Tale formulazione è invece ovviamente di competenza dello specialista che intende, con qualunque scadenza, rivedere il paziente ai fini della valutazione periodica.

Dalle definizioni sopra esposte appare chiaro che al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite mentre sarà compito dello specialista rilasciare l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto.

#### **Prenotazione e gestione impegnative**

Per effettuare prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nell'ASS 5, fatti salvi i Servizi e le prestazioni ad accesso diretto, è obbligatorio essere muniti di impegnativa. Le prenotazioni telefoniche potranno essere accettate solamente previa verifica dell'esistenza dell'impegnativa mediante lettura del codice numerico (16 cifre).

Le impegnative presentate per la richiesta di prestazioni sono trattenute dal primo accesso del paziente al Servizio.

#### **Prescrizioni urgenti**

Vengono così definite le prescrizioni urgenti come individuato dal medico prescrittore ovvero le prestazioni in regime di emergenza sanitaria per le quali differire la prestazione si traduce in una ripercussione sulla prognosi "quod vitam et quod valitudinem"; tali prestazioni fanno naturalmente capo alle specialistiche competenti e/o ai PP.SS. cui afferiscono tutti gli atti gestionali dell'emergenza sanitaria.

#### **Modalità e regole di gestione delle prestazioni integrative**

I controlli sono prescritti di norma dallo specialista, senza rinviare il paziente al MMG, qualunque sia la scadenza temporale prevista per la prestazione.

Le prestazioni aggiuntive rispetto alla prestazione/visita specialistica richiesta dal medico di fiducia, dal MMG, dal PLS o altro specialista, indispensabili per fornire risposta al quesito diagnostico e non contestuali alla prestazione inizialmente richiesta sono sostenute dalla medesima impegnativa fino alla conclusione del processo diagnostico che esita nel referto (sempre con il rispetto dei limiti per numero massimo di prestazioni e per branca specialistica previsti per le impegnative).

#### **Piani di cura**

Nel quadro di una corretta gestione delle impegnative e della compartecipazione alla spesa dei cittadini, prendendo a spunto le cure odontoiatriche dove maggiormente evidenti sono le problematiche affrontate, la Regione ha indirizzato alle aziende una circolare (n. prot. 20423/Amm. 2 del 28.10.1998) che invita le stesse ad attenersi alle seguenti linee operative:

- Il numero delle prestazioni e la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente vanno determinati in base al piano di cure stabilito dal medico specialista all'atto della prima visita.

- Qualora nel corso dell'erogazione delle prestazioni già individuate emerga la necessità di procedere a prestazioni ulteriori rispetto a quelle già individuate dal piano di cure, esse devono essere prescritte su ulteriore ricetta e addebitate a parte.

Tale indicazioni richiedono alcune precisazioni. Non esistendo una definizione univoca di piano di cure questo deve essere inteso come quel processo terapeutico che, prevedendo una distribuzione temporale degli accessi ma essendo gli interventi omogenei per le finalità terapeutiche individuate alla visita, rende logico il loro accorpamento in un'unica prescrizione. Valgono forse di più gli esempi delle definizioni.

1. Il piano di cure (max 8 accessi) che l'odontoiatra prevede dopo aver visitato il paziente e aver individuato tutti gli interventi necessari per le cure dentarie; nel caso di complicanze quali ascessi dentari, necessità insorta durante le cure di devitalizzazione un dente, etc..queste non appartengono al piano di cure precedente.
2. Il piano di cure per la gestione ambulatoriale di una terapia antalgica in pazienti con patologie oncologica con controindicazioni alle terapie con FANS in cui si eseguono terapie e valutazioni successive al primo accesso.
3. Il piano di cure per la terapia e la valutazione differita di problematiche ortopediche; per patologie traumatiche sono normalmente previsti più accessi in relazione alle procedure di immobilizzazione, verifiche e controlli del processo di recupero, valutazione finale del piano terapeutico. Appare evidente che un esito diverso da quello atteso apre un nuovo percorso di cura che non appartiene al piano iniziale e quindi necessita di una nuova impegnativa.

Per esclusione non può essere assimilato a un piano di cura così definito ogni serie di accessi collegata alla gestione indefinita delle patologie cronico degenerative per le quali sono espliciti i calendari e la periodicità dei controlli (es. controllo periodico per diabete, ipertensione, BPCO, etc.).

L'impegnativa resta valida per tutta la durata del piano di cura ed è trattenuta dal Servizio fin dal primo accesso del paziente.

### **Altre indicazioni**

#### ➤ **mammografia**

Pur essendo annunciata da molti anni, il programma regionale per lo screening mammografico non è mai ufficialmente partito. In attesa del piano specifico, la Regione ha comunque emanato circolari e note indirizzate alla regolamentazione degli aspetti operativi. Le numerose segnalazioni di disservizio ricevute impongono di ribadire i seguenti punti:

- La mammografia è individuata quale prestazione ad accesso diretto, e fruito in esenzione ticket laddove siano verificati mediante autocertificazione la presenza dei requisiti richiesti ovvero:
  - 1) età compresa tra 45 e 69 anni;
  - 2) intervallo temporale di almeno 2 anni dall'ultimo accertamento diagnostico.
- Ulteriori approfondimenti: rimane in carico al servizio radiologico la prescrizione di qualunque esame di carattere diagnostico specifico per la definizione del quadro clinico o l'eventuale passaggio in carico ad altre specialistiche competenti. Anche per tali esami si applicano i criteri di esenzione ticket suindicati.

#### ➤ **Esenzione per patologia alla dimissione ospedaliera**

Nel caso in cui il riscontro della patologia per l'esenzione ticket avvenga in corso di ricovero ospedaliero, il certificato per l'esenzione va rilasciato direttamente dallo specialista ospedaliero, in allegato alla lettera di dimissione (nota DRS dd. 23.6.1998 n. 13490/Amm.5.8).