

**Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Terni
Consulta Giovani Medici ed Odontoiatri**

**PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
Anno 2018**

LA PRESCRIZIONE- PROPOSTA IN MEDICINA GENERALE
aspetti normativi e burocratici



La ricetta	pag. 2
Ricettario intestato	pag. 2
Ricettario generale del SSR	pag. 3
Ricettario speciale stupefacenti	pag. 5
Autoprescrizione oppiacei per uso professionale	pag. 6
La prescrizione dei farmaci	pag. 7
La proposta diagnostico-terapeutica	pag. 11
La <i>e-prescription</i>	pag. 13
Modalità di concessione delle prestazioni (ticket)	pag. 13
Modalità di accesso alle prestazioni	pag. 16
Accesso alle prestazioni per i non residenti	pag. 17
Aspetti giuridici e deontologici	pag. 18

Terni, marzo 2018

A cura di

Maurizio Verducci - medico di medicina generale

Animatore di Formazione della Società Italiana di Medicina Generale

Docente e Coordinatore delle Attività Pratiche nel Corso di formazione Specifica in Medicina Generale Umbria

Un ricordo particolare per

Mattia Cioffi* già Segretario Regionale FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia che ha contribuito alla redazione della prima versione

LA RICETTA

Nella ricetta può essere contenuta una prescrizione, cioè l'autorizzazione scritta del medico alla consegna all'assistito di un medicinale da parte del farmacista, oppure una proposta di accertamenti, riabilitazioni, cure termali o ricovero.

Se redatta sul modello del Servizio Sanitario Regionale (SSR), dà diritto ad ottenere le prestazioni o i farmaci secondo le modalità ed i limiti di legge.

Caratteri basilari di ogni ricetta, come di ogni altro atto medico, sono la **leggibilità** e l'**identificabilità del redattore**, per cui le generalità del medico devono essere riportate a stampa o con timbro.

Elementi essenziali della ricetta sono altresì la data di rilascio e la firma del medico.

Bisogna evidenziare l'urgenza nel caso di richieste di prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile (in questo caso va aggiunta una adeguata motivazione) o di prescrizioni effettuate al di fuori dell'orario di apertura delle farmacie, per permettere l'erogazione tempestiva dei farmaci.

La ricetta redatta dal medico di medicina generale, sia in "assistenza primaria" che in "continuità assistenziale", dal suo sostituto e dal medico in formazione durante l'attività in regime di convenzione riveste la caratteristica di un certificato compilato da un pubblico ufficiale con tutte le implicazioni di legge relative.

Le prescrizioni e le proposte vanno effettuate secondo scienza e coscienza e nel rispetto delle leggi, intese nei limiti più ampi dei termini (indicazione, appropriatezza, rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio).

Questi aspetti sono attentamente considerati dal Codice Deontologico¹, che riserva un capitolo ai trattamenti terapeutici.

TITOLO II – Doveri e competenze del medico

Art. 13 - Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.

La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.

Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici.

Il medico segnala tempestivamente all'Autorità competente le reazioni avverse o sospette da farmaci e gli eventi sfavorevoli o sospetti derivanti dall'utilizzo di presidi biomedicali.

Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica, se la loro tollerabilità ed efficacia è scientificamente fondata e i rischi sono proporzionati ai benefici attesi; in tali casi motiva l'attività, acquisisce il consenso informato scritto del paziente e valuta nel tempo gli effetti.

Il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell'ordinamento.

Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo.

Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente.

Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete.

MODELLI DI RICETTARIO

Ricettario intestato

E' il classico ricettario bianco con stampate, in genere in alto a sinistra, le generalità del medico, l'indirizzo ed il numero di telefono (si rammenta che in tal caso il contratto dell'utenza telefonica deve essere di categoria affari).

Possono essere riportati la sede e l'orario di apertura dello studio e le eventuali specializzazioni conseguite.

¹ versione 2014 attualmente vigente

Il contenuto dell'intestazione deve rispettare il disposto legge 4 agosto 2006 n. 248 (conversione del D.L. 4 luglio 2006 n. 223, il cosiddetto "Decreto Bersani")², che riserva all'Ordine il ruolo di verifica della "veridicità" del messaggio pubblicitario altrimenti si incorre nelle sanzioni disciplinari.

Con questo ricettario è possibile prescrivere quei farmaci non erogabili dal SSR per i quali è comunque necessaria la ricetta. Su di esso possono essere inoltre compilati gran parte dei certificati.

Ricettario generale del Servizio Sanitario Regionale³

È il ricettario rilasciato dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai medici convenzionati e a tutti i medici autorizzati ad utilizzarlo (distretti, ospedale...) ed è destinato alla prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico dello stesso Servizio presso strutture a gestione diretta o accreditate (D.M. Economie e Finanze, 18 maggio 2004 revisionato con D.M. 17 marzo 2008).

Il medico di medicina generale (ed il suo sostituto) può utilizzarlo per gli assistiti che lo hanno scelto e per i cittadini italiani non residenti⁴ che si trovino occasionalmente nel comune del medico (in questo caso si tratta di assistenza a pagamento ma la tariffa è stabilita per legge ed è di 25 euro per visita a domicilio e 15 euro per visita in studio, naturalmente con obbligo di ricevuta). Non possono essere ritenute "occasionalmente" le visite successive alla prima effettuate ad un soggetto il cui soggiorno si prolunghi, pertanto egli, pur potendo continuare ad usufruire dell'assistenza diagnostica e terapeutica, è tenuto a pagare la visita medica a tariffa libero-professionale, a meno che non abbia richiesto il "domicilio sanitario" (vedi "Accesso alle prestazioni fuori residenza").

Il ricettario è altresì utilizzato per la prescrizione delle prestazioni sanitarie agli assicurati (cittadini italiani o stranieri, sia residenti che in temporaneo soggiorno in Italia) della Comunità Europea o di paesi con i quali esistano accordi bilaterali di sicurezza sociale, con onere a carico delle istituzioni estere. In questo caso la visita medica viene "notulata" alla USL che provvederà al pagamento del medico, chiedendo poi il rimborso all'istituzione assistenziale.

Infine viene usato dai medici operanti per conto del Servizio di Assistenza Sanitaria al Personale Navigante (S.A.S.N.) per la prescrizione delle prestazioni sanitarie al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, assistito con onere a carico del Ministero della Salute.

Non può essere usato per le prestazioni non a carico del SSR, anche se ne è tollerato l'uso in caso di prescrizione a stampa con programma informatizzato.

La ricetta contenente prescrizioni di farmaci può essere "spedita" solo nel territorio della regione di appartenenza del medico ed è valida per 30 giorni dopo il rilascio, quella contenente richiesta di accertamenti è valida su tutto il territorio nazionale per 180 giorni.

La ripetizione di una terapia cronica in corso può essere effettuata anche in assenza del paziente.

Un problema gravoso è costituito dalla trascrizione di farmaci prescritti da altri sanitari in attività libero-professionale, in consulenza SSR o in dimissione da ricovero: il medico convenzionato o il suo sostituto deve prescrivere solo ciò che egli stesso ritiene necessario al paziente, valutando anche se l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (A.I.C.)⁵ del farmaco comprende la patologia di cui soffre il paziente. Nel caso che esistano dubbi o perplessità è opportuno chiedere chiarimenti al collega, meglio per iscritto. Ricordare sempre che la responsabilità civile e penale è del medico che ha effettuato la prescrizione e che è più facile rintracciare (nelle farmacie o presso i servizi farmaceutici delle Aziende USL) una ricetta del medico generale che non la prima prescrizione!

Il ricettario viene ritirato presso un ufficio della Azienda USL ed è costituito da un blocco di 100 ricette o da un modulo continuo (per la stampante del computer)



² "sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:

b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine"

³ è in corso il procedimento di "dematerializzazione" della ricetta, per cui questo ricettario, al momento, è utilizzato per le prescrizioni urgenti e la richiesta di accertamenti a domicilio, e per la prescrizione di farmaci di particolari categorie: stupefacenti, farmaci distribuiti "in nome e per conto" (vedi pag. 8)

⁴ quindi non può essere utilizzato per prescrizioni a residenti nello stesso comune che abbiano scelto un altro medico

⁵ un sito che riporta le A.I.C. dei farmaci con il relativo Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (R.C.P., detto anche "scheda tecnica") è: <https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/>

da 1000 ricette.

E' costituito da una matrice e da una sezione staccabile (la "ricetta" vera e propria).

In alto a destra una serie di caselle è destinata a contenere il codice fiscale dedotto dalla TEAM (Tessera Europea Assistenza Malattia) dell'assistito⁶. Quando la compilazione avviene con sistema informatico può essere riportato il relativo codice a barre nello spazio sovrastante le caselle.

In alto a sinistra va scritto il cognome ed il nome dell'assistito (le sole iniziali in casi particolari stabiliti da disposizioni di legge, come, ad esempio, per le terapie anti HIV). La residenza può essere omessa, a meno che il paziente non provenga da altra USL o regione (anche quando abbia chiesto e ottenuto il "domicilio sanitario" e la scelta del medico nella USL), nel qual caso va obbligatoriamente trascritto almeno il comune.

Su richiesta dell'assistito deve essere consegnato un adesivo (distribuito dalla Azienda USL) per coprire il nome e l'indirizzo.

Al di sotto la casella [(N)] deve essere biffata dal medico se il paziente non usufruisce di esenzioni dal pagamento dei ticket sanitari per motivi di salute o di riduzioni per reddito⁷; in caso contrario nelle caselle a fianco va riportato il codice alfanumerico della esenzione, a tre, quattro o sei caratteri, o la fascia di reddito dei non esenti. La compilazione di questo settore richiede la massima attenzione perché una erronea attestazione può configurare il reato di truffa. Nelle prescrizioni domiciliari e in regime di continuità assistenziale è ammessa

Il formulario è diviso in diverse sezioni. In alto a sinistra c'è un campo per il cognome e il nome dell'assistito. A destra ci sono due caselle per il codice fiscale, con un codice a barre sopra. Sotto il codice fiscale ci sono caselle per il numero di esenzioni (N) e il reddito (R). A destra di queste caselle ci sono caselle per la provincia e il codice ASL. In basso a sinistra c'è una sezione per la prescrizione vera e propria, con caselle per il numero di confezioni/prestazioni, il tipo di ricetta, la data, e il codice e numero di ogni farmaco. A destra di questa sezione c'è una sezione per la nota limitativa della prescrizione, con caselle per la nota CUP e la priorità della prestazione. In basso a destra c'è una sezione per il numero progressivo, l'importo, e la data di spedizione.

la non compilazione di questa area se i dati non sono ottenibili in modo oggettivo.

Il codice della USL di residenza dell'assistito deve essere sempre riportato, anche in caso di assistito della stessa USL in cui opera il medico⁸. La provincia va riportata in caso di residente in altra regione, unitamente al comune di residenza nello spazio riservato all'indirizzo, come già detto.

Il gruppo di otto caselle a destra è a disposizione delle regioni per eventuali normative locali.

Nello spazio riservato alla prescrizione possono essere riportati due farmaci⁹, per ognuno dei quali, se il caso ricorre, deve essere trascritto il numero della "nota" limitativa della prescrizione¹⁰. Se non utilizzate, le caselle relative alle "note" devono essere annullate.

Alla destra delle caselle delle "note" ci sono due serie di opzioni.

La serie in basso deve essere utilizzata per le visite e gli accertamenti assoggettati alla normativa R.A.O. (Raggruppamenti di Attesa Omogenei, vedi *Allegati*), in caso di prima richiesta per quel problema, per dichiarare la tempistica della prescrizione: [(U)] *urgente* (entro 3 giorni), [(B)] *breve* (entro 10 giorni), [(D)] *differita* (entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti), [(P)] *programmata* (senza priorità, entro 180 giorni). In caso di controlli successivi per lo stesso problema, va biffata la casella "altro".

⁶ non va riportato alcun dato in caso di turisti di paesi con i quali esistano accordi bilaterali di assistenza, invece, in caso di "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP, vedi testo), va riportato il codice specifico del tesserino loro assegnato dagli uffici della USL (sigla STP seguita da 13 caratteri numerici) ed in caso di personale navigante va riportato il codice fiscale comune

⁷ questo aspetto è previsto dal Decreto 11 dicembre 2009 (G.U. n. 302 del 30 dicembre 2009), in vigore in Umbria dal 12 settembre 2011 (DGR 911/2011): il medico verifica il diritto attraverso il collegamento *on line* con Sistema TS, con le stesse modalità utilizzate per i certificati di malattia; tramite la stessa via è possibile acquisire la fascia di reddito dei non esenti

⁸ D.M. 17 marzo 2008; uniche eccezioni alla compilazione delle caselle sono gli assistiti "STP", il personale navigante e gli assicurati da istituzioni estere. In Umbria i codici sono 201 (Gubbio, Città di Castello...Perugia, Trasimeno, Assisi, Todi, Marsciano...) e 202 (Spoleto, Foligno...Terni, Narni, Amelia, Orvieto...)

⁹ per la richiesta di prestazioni, presidi ecc. vedere appresso

¹⁰ vedi pag. 8, in caso di nota ad una o due cifre si può iniziare dalla casella a sinistra annullando la/e altra/e oppure far precedere il numero da uno o due "0".

In alto [(S)] va biffata in caso di prescrizione indotta (suggerita)¹¹, [(H)] in caso di ricovero.

Nel gruppo di tre caselle in basso a sinistra va riportato il numero di confezioni/prestazioni/presidi prescritti nella ricetta (a garanzia del medico in caso di eventuali contraffazioni, es. 002), nelle sei caselle a destra la data nella forma GMMMAA.

Le due caselle “tipo di ricetta” vanno compilate in casi particolari riportando le sigle: *UE* in caso di assistiti da istituzioni della comunità europea, *EE* in caso di assistiti da istituzioni di paesi con i quali esistano accordi bilaterali di assistenza, *ST* in caso di “stranieri temporaneamente residenti” in possesso di tessera sanitaria provvisoria STP, *NA* in caso di visita ambulatoriale e *ND* in caso di visita domiciliare a personale navigante italiano assistito dalla relativa organizzazione SASN, in caso di visita a navigante straniero la sigla è *NE* in caso di naviganti assistiti da istituzioni europee, *NX* se le istituzioni sono extra europee.

In caso di prescrizione a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere o dal SASN va compilato anche il retro della ricetta con i dati richiesti, desunti dal documento in possesso dell'assicurato. In questi casi e per gli STP deve essere compilata una seconda ricetta identica con la dizione “*visita ambulatoriale*” o “*domiciliare*” da consegnare all’Azienda USL per il pagamento della prestazione al medico, unitamente alla fotocopia delle due facciate della Tessera Europea di Assistenza Malattia.

Nel riquadro a destra va apposto il timbro (con inchiostro nero non oleoso; gli stessi dati possono essere inseriti con la stampante PC) con numero regionale del medico titolare della scelta; pur non essendo indispensabile, sarebbe opportuno anche l'indirizzo ed il numero di telefono per garantire una pronta rintracciabilità. Nel caso che la ricetta sia compilata da un associato, sostituto o tirocinante, al timbro del medico titolare deve essere aggiunto, nell’area destinata alla prescrizione, in basso a destra, al di sopra delle caselle della data, avendo cura di non invadere alcuna casella a lettura ottica, quello del compilatore, contenente nome, indirizzo e numero telefonico; anche se non indispensabile può essere opportuno che riporti anche il numero di iscrizione all’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e la relativa sigla provinciale. Il compilatore apporrà poi la sua firma nel riquadro a destra (contenente il timbro del titolare).

La parte sottostante la data è riservata alla farmacia o alla Azienda USL.

Sul retro è presente anche una area per la trascrizione dei dati dei pazienti assistiti da istituzioni estere ed una casella in cui deve essere apposta la firma dell'assistito e quella del medico in caso di prestazioni esenti per infortunio sul lavoro.

Nell'uso di questo ricettario vanno rispettati alcuni obblighi per consentirne la lettura ottica:

- ☞ scrivere con la massima chiarezza e semplicità, evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica
- ☞ riportare un solo carattere per casella
- ☞ occupare solo lo spazio interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa
- ☞ non legare i caratteri fra di loro
- ☞ usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera con inchiostro nero
- ☞ evitare assolutamente cancellazioni o correzioni dei caratteri già scritti (possono essere accettate correzioni controfirmate, ma solo negli spazi liberi, non nelle caselle)
- ☞ evitare ogni segno (puntini, linee, virgole, barrature) tra i vari caratteri
- ☞ non barrare o annullare le caselle non utilizzate (tranne quelle della “nota”, che invece devono essere necessariamente barrate dal medico nel caso in cui non abbia indicato “note”)
- ☞ la compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una **X**) all’interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa

Ricettario speciale per la prescrizione degli stupefacenti (RMR “ricettario ministeriale a ricalco”)

Nell'ottica di favorire la terapia del dolore le preparazioni di buprenorfina, codeina, diidrocodone, fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone, ossimorfone e tapentadolo (*Allegato III-bis del Testo Unico sugli Stupefacenti*) possono essere prescritte con la normale ricetta del SSR (con l'obbligo di riportare

¹¹ è opportuno conservare la documentazione attestante l’induzione della prescrizione; è anche possibile riportare le generalità del medico o della struttura, da cui è partito il suggerimento, nello spazio della ricetta destinato alla prescrizione; ricordare sempre, però, che il medico che compila e firma la ricetta se ne assume ogni responsabilità

posologia e via di somministrazione)¹² e non più tramite questo ricettario speciale, che, quindi, rimane indispensabile solo per le prescrizioni relative a trattamenti di disassuefazione e per l'approvvigionamento del medico per "uso professionale urgente".

Si tratta di un modello introdotto dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49, in tre copie a ricalco, che devono essere compilate con mezzo indelebile, devono riportare il cognome e nome dell'assistito, la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione del farmaco, vanno completate con il timbro personale del medico, contenente l'indirizzo, il telefono professionale ed il codice regionale, e vanno firmate per esteso.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE

B 124575

ASSISTITO (o proprietario dell'animale) _____

INDIRIZZO _____

ESENZIONE _____

ACQUIRENTE
 Carta Identità
 Patente
 Passaporto
 Altro

N° documento _____
 Rilasciato da _____

1° prescrizione
 N° contorni in lettere _____ Posologia nel modo e nel tempo in lettere _____

2° prescrizione
 N° contorni in lettere _____ Posologia nel modo e nel tempo in lettere _____

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO
 CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

Ricetta Legge n° 12 del 8 febbraio 2001
 TIMBRO MEDICO, INDIRIZZO E N° TELEFONO PROFESSIONALE

FIRMA _____
 DATA MEDICO _____

TIMBRO FARMACIA _____
 DATA FARMACIA _____

IPZ.S. - Ordine Civile Medici P. S. - Roma

COPIA SSN

In caso di farmaco dispensato a carico del servizio sanitario, le tre copie devono essere rilasciate all'assistito, che ne consegna due al farmacista (una per documentazione e l'altra per il rimborso dall'USL) e ne trattiene una come giustificazione per il possesso del farmaco (va anch'essa mostrata al farmacista unitamente ad un documento di riconoscimento del soggetto che ritira il farmaco).

Se il farmaco non è a carico del servizio sanitario la copia per l'USL non va consegnata (circolare Ministero della Salute 19 aprile 2006 DGFDM/VIII/P/C.1.a.c/14480).

Nel RMR (e nella ricetta normale del SSR in caso di terapia del dolore) possono essere prescritte fino a due preparazioni diverse o due dosaggi diversi della stessa preparazione, una sola preparazione di un solo farmaco nel caso dei trattamenti di disassuefazione, sempre comunque in quantità tale da garantire una terapia di durata fino ad un massimo di trenta giorni.

La ricetta può essere ripetuta solo nell'immediata prossimità dell'esaurimento della precedente prescrizione a meno che non sia necessario un adeguamento posologico (che è opportuno segnalare nella ricetta).

La sua validità è 30 giorni.

Il ricettario può essere utilizzato da tutti i medici abilitati ed iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (anche non convenzionati con il SSR, che, comunque, non possono prescrivere a carico del SSR), i quali possono richiederlo alla USL di residenza.

Il ricettario è personale ed il sostituto o il tirocinante devono utilizzare il proprio e non quello del titolare e, per la prescrizione a carico del SSR, devono segnalare: "Prescrizione effettuata durante la sostituzione del (durante il tirocinio presso il) dott..... codice regionale n. con studio in via" (Circ. n. 800 del 30 giugno 2003 dell'Ufficio Centrale Stupefacenti).

Nel caso di medico incaricato di Continuità Assistenziale va scritto "Prescrizione effettuata in attività di Continuità Assistenziale" (Circ. Regione dell'Umbria del 21 marzo 2008).

Autoprescrizione di oppiacei per uso professionale urgente

I medici sono autorizzati ad approvvigionarsi, a trasportare e detenere i medicinali di cui all'Allegato III-bis, per uso professionale urgente, utilizzando il ricettario di cui sopra per l'autoprescrizione.

Nell'intestazione della ricetta il medico riporta il proprio nome e la dizione "autoprescrizione per uso professionale urgente".

L'avvenuto acquisto deve essere annotato in un comune registro di carico e scarico. Nel registro, che va tenuto con preciso ordine cronologico, il medico effettuerà il "carico" dei farmaci al momento dell'acquisto e lo "scarico" immediatamente dopo la somministrazione al paziente, specificando l'esatta quantità utilizzata. Il registro e copia delle ricette di acquisto devono essere conservati per due anni a far data dall'ultima registrazione effettuata.

Il farmaco va conservato in un armadio o cassetto chiusi a chiave.

L'eliminazione del farmaco scaduto e non utilizzato deve essere richiesta con raccomandata AR all'Ufficio

¹² è possibile prescrivere nella stessa ricetta più di due pezzi fino a ricoprire un mese di terapia ma, in tal caso, va riportato il codice di esenzione "TDL" (terapia del dolore severo)

Farmaceutico della USL di competenza¹³ e, in attesa che questo provveda al ritiro, deve essere conservato, impacchettato e legato, contrassegnato dalla scritta “*farmaco in attesa di smaltimento*” in un cassetto o armadio chiuso a chiave.

PRESCRIZIONE DEI FARMACI

La libertà del medico di prescrivere (sia a carico del SSR che a spese del paziente) "secondo scienza e coscienza" non può prescindere dal "rispetto delle leggi".

Questo significa, in prima battuta, che un farmaco può essere prescritto solo per le indicazioni e con le modalità di somministrazione approvate dal Ministero e contenute nella Autorizzazione alla Immissione in Commercio (A.I.C. definita anche R.C.P., Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto, volgarmente “scheda tecnica” o “bugiardino”) come ribadito dal D.L. n. 23 del 17 febbraio 1998 convertito in Legge 8 aprile 1998, n. 94, che all'art. 3 c. 1 recita: “... *il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della sanità.*”

Esistono tre sole possibilità di deroga, previa acquisizione del *consenso informato* del paziente per iscritto (quello verbale va acquisito in ogni caso di prescrizione o proposta!).

- ◊ Utilizzo nell'ambito di una sperimentazione controllata ed approvata dal Ministero.
- ◊ D.L. n. 23 del 17 febbraio 1998 convertito in Legge 8 aprile 1998, n. 94, art. 3 c. 2: " *..... il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata qualora il medico stesso ritenga, in base ad elementi obiettivi, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia consolidato e conforme a linee guida o lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale*" ¹⁴. In questo caso il farmaco è a carico del paziente anche se dispensato dal SSR per altra indicazione, art. 3 c. 4 citata Legge “*In nessun caso il ricorso, anche improprio, del medico alla facoltà prevista dai commi 2 e 3 può costituire riconoscimento del diritto del paziente alla erogazione dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale ...*”, e va prescritto utilizzando il ricettario intestato del medico e non quello del SSR.
- ◊ Legge 23 dicembre 1996 n. 648 : " *..... qualora non esista una valida alternativa terapeutica*"¹⁵, sono erogabili a totale carico del SSN i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica, i medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata... “ che risultano inseriti nell'apposito elenco predisposto e periodicamente aggiornato. La prescrizione di tali farmaci è riservata alle strutture sanitarie ospedaliere ed universitarie o istituti di ricovero e cura a carattere scientifico solamente quando ricorrono le condizioni previste nel provvedimento di inserimento nell'elenco e dopo aver acquisito il consenso informato scritto del paziente.

Un aspetto particolare è rappresentato dai farmaci necessari per il trattamento delle “malattie rare” che vengono forniti direttamente dalla USL su prescrizione dei Centri specializzati per la relativa diagnosi, anche in deroga alle indicazioni approvate.

Ricordare sempre che “rispetto delle leggi” significa anche *appropriatezza* e “coscienza” vuol dire anche *attenzione ai costi*. In un sistema dalle risorse (sempre più) limitate ciò che si spreca in un settore viene necessariamente tolto ad un altro per cui è obbligo morale e normativo del medico conoscere e tenere nella dovuta considerazione anche il costo dei farmaci in modo da poter scegliere quello che, a parità di efficacia, tollerabilità e comodità di somministrazione, abbia il minor costo.

I farmaci vengono classificati in vario modo; sono qui riportate le classificazioni più comuni.

¹³ da un colloquio informale con una farmacista della USL sembrerebbe che questo passaggio non sia più necessario ma non è stato possibile ottenere i riferimenti normativi

¹⁴ la Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (“Finanziaria” 2008), art. 1 comma 348, precisa che la pratica è vietata “*quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda.*”

¹⁵ la Legge 16 maggio 2014 n. 79 prevede che nell'elenco possano essere inseriti, “*secondo parametri di economicità ed appropriatezza*”, anche farmaci forniti di alternativa terapeutica autorizzata

ATC

Secondo questa classificazione ogni farmaco viene identificato da una sigla costituita da vari elementi: il primo identifica un gruppo anatomico, il secondo e il terzo sottogruppi terapeutici, il quarto e il quinto sottogruppi chimico-terapeutici¹⁶. E' utile soprattutto a fini statistici e non ha riflessi significativi nella normale attività del medico generale.

CLASSIFICAZIONE AI SENSI DELLA CONCEDIBILITÀ A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO (Legge 537 del 24 dicembre 1993 e successive modificazioni)

Classe (o Fascia) A farmaci a carico SSR, con eventuale ticket forfettario, acquistabili in farmacia; in realtà risulta a carico del Servizio Sanitario solo la quota del “prezzo di riferimento” stabilito dal Ministero per quel determinato principio attivo, l'assistito, anche se titolare di esenzione dal pagamento del ticket, deve pagare la differenza con il prezzo reale di vendita

Classe C a totale carico degli assistiti¹⁷

Classe H farmaci ad uso esclusivamente ospedaliero

Prontuario PHT (*Prontuario della Distribuzione Diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale ospedale-territorio*) farmaci (solitamente ad alto costo) che possono essere consegnati direttamente dalle farmacie gestite dalla USL e presso i Punti di Erogazione dei Servizi del Distretto¹⁸

L'allocazione dei farmaci nelle varie classi è stabilita dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), costituita da rappresentanti della farmacologia e di tutti i settori della medicina, che ne decidono la gratuità o meno a seconda dei dati di efficacia desunti dai grandi studi clinici internazionali.

Un certo numero di farmaci di largo consumo, a rischio di prescrizioni incongrue, sono inseriti in classi diverse a seconda della patologia dell'assistito.

Si tratta dei farmaci contrassegnati dalle famigerate “Note AIFA” (vedi *Allegati*), periodicamente pubblicate a cura della Agenzia Italiana del Farmaco con una sintetica esposizione delle motivazioni che hanno portato alla scelta.

A titolo di esempio si citano i FANS e COXIB per via orale (nota 66), concedibili in classe A a carico del SSR solo nelle seguenti circostanze: artropatie su base connettivica, osteoartrite in fase algica o infiammatoria, dolore neoplastico, attacco acuto di gotta. Sono invece considerati in classe C, e quindi a totale carico del paziente, se usati per un dolore chirurgico, traumatico, ginecologico ecc.

Fra i farmaci assoggettati a tali limitazioni spiccano per interesse: inibitori di pompa protonica e H2 antagonisti, ipolipemizzanti, antibiotici iniettabili, difosfonati, cortisonici per uso topico, antistaminici...

In questi casi il medico prescrittore, quando riscontri l'aderenza della patologia alle indicazioni delle “note”, deve dichiararlo, assumendosene ogni responsabilità, con la trascrizione del relativo numero sulla ricetta.

Il D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 (“ *riforma Bindi*” o “ *riforma ter*”) all'art. 15 decies “ *Obbligo di appropriatezza*” impegna anche i medici specialisti al rispetto delle limitazioni alla prescrizione: “ *I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del*

¹⁶ ad esempio: amoxicillina J01CA (J: antimicrobici generali per uso sistemico, 01: antibatterici per uso sistemico, C: antibatterici betalattamici-penicilline, A: penicillina ad ampio spettro)

¹⁷ unica deroga la L. 19 luglio 2000, n. 203 in base alla quale “ *I medicinali attualmente classificati nella classe C ... sono erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, nei confronti dei titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, nei casi in cui il medico di base ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.*”. Alla stessa condizione sono stati assimilati (L. 24 dicembre 2007, n. 24) “ *gli invalidi vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice e i familiari, inclusi i familiari dei deceduti, limitatamente al coniuge e ai figli e, in mancanza dei predetti, ai genitori.*”. In tal caso il medico deve riportare nel riquadro esenzione gli estremi dell'attestato relativo e citare esplicitamente nell'area della ricetta destinata alla prescrizione “ *Legge 203/2000*”, apponendo la propria firma

¹⁸ la prescrizione va redatta sul consueto modello SSR precisando il piano terapeutico (es.: una fiala intramuscolo ogni 28 giorni per un anno), alla scadenza del quale va, eventualmente, rinnovata. Spesso è necessaria l'acquisizione preliminare della diagnosi e del piano terapeutico redatti da uno dei centri specialistici designati dalla Regione. Attualmente un accordo fra la Regione e le farmacie prevede la distribuzione “ *in nome e per conto*” di quasi tutti questi medicinali anche presso le farmacie private con prescrizione redatta di volta in volta secondo le consuete regole (max 2 confezioni) e separata da quella di altri farmaci

Servizio Sanitario Nazionale".

Questo concetto è ribadito nella premessa alle "Note AIFA 2007 per l'uso appropriato dei farmaci": "...in ogni caso le note AIFA devono essere tenute in considerazione e osservate anche dai medici ospedalieri e specialisti."

Altra limitazione è rappresentata dalla necessità per alcuni farmaci (incretine, eritropoietine, "nuovi" anticoagulanti orali, antiaggreganti piastrinici di nuova generazione, dronedarone...)¹⁹ di un "Piano Terapeutico", della durata massima di un anno, redatto, in alcuni casi su modelli appositi, da centri specializzati delle Aziende Sanitarie individuati dalle Regioni o da specialisti pubblici e valido su tutto il territorio nazionale.

L'esistenza del Piano Terapeutico non deve essere annotata nella ricetta ma il medico prescrittore deve accertarsi che una copia sia stata consegnata al servizio farmaceutico della USL ed è bene che ne conservi una per eventuali controlli.

Da ultimo va precisato di nuovo che non può essere utilizzato il ricettario SSR per i farmaci non concessi in classe A (ne è tollerato l'uso in caso di compilazione da PC).

Una ulteriore suddivisione ha acquisito grande rilevanza da qualche tempo nell'ambito delle iniziative per il controllo della spesa farmaceutica: è quella fra i farmaci cosiddetti "etici" (o "griffati") e quelli "equivalenti" (già definiti "generici", L. 149 del 26 luglio 2005), confezioni dello stesso principio attivo (a brevetto scaduto) ma a costo più basso (in assenza delle spese di ricerca e di sviluppo commerciale).

CLASSIFICAZIONE A SECONDA DEL TIPO DI FORNITURA (D. L.vo 24 aprile 2006, n. 219)

- a) medicinali soggetti a prescrizione medica;
spesso sono contrassegnati nei prontuari con la sigla RR (Ricetta Ripetibile); se non sono prescritti a carico del SSR, la ricetta vale fino a sei mesi, a meno che il medico non indichi una durata diversa, per un massimo di dieci confezioni, durata limitata ad un mese per un massimo di tre confezioni in caso di stupefacenti inseriti nella "Tabella dei medicinali sez. E" della Legge 79/2014 (benzodiazepine orali); se è prescritta più di una confezione dello stesso farmaco la ricetta non è riutilizzabile
- b) medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta;
sigla RNR (Ricetta Non Ripetibile); si tratta di farmaci che possono determinare, con l'uso continuato, stati tossici o possono comportare, comunque, rischi particolarmente elevati per la salute
- c) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale;
sigla RMS (Ricetta Medica Speciale); si tratta degli stupefacenti e sostanze psicotrope (*vedi sopra*)
- d) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa (sigla RL), comprendenti:
 - 1) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti;
 - 2) medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;
 - 3) medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista;
- e) medicinali non soggetti a prescrizione medica, comprendenti:
 - 1) medicinali da banco o di automedicazione;
detti anche OTC (dall'inglese *Over The Counter* sopra il banco), per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico, sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza l'intervento di un medico; servono per il trattamento di disturbi passeggeri o di lieve entità e possono essere oggetto di pubblicità presso il pubblico
 - 2) restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica;
SOP (Senza Obbligo di Prescrizione), medicinali che il farmacista può suggerire per la cura di patologie minori, illustrandone comunque le possibili controindicazioni; non possono essere oggetto di pubblicità

Aspetti particolari della prescrizione farmaceutica

Anche se, tranne i casi descritti, non è necessario riportare per esteso la residenza del paziente (in passato era indispensabile per tutti i farmaci stupefacenti e per quelli prescrivibili con ricetta non ripetibile), è comunque buona norma indicarla ugualmente, in modo che l'assistito possa essere rintracciato in caso di eventuali errori di prescrizione o di spedizione della ricetta.

Allo stesso modo l'indicazione della posologia non è più obbligatoria (tranne che in caso di stupefacenti) ma

¹⁹ l'elenco dei farmaci è scaricabile all'indirizzo <http://www.aifa.gov.it/content/i-piani-terapeutici-italia>

può essere opportuna in modo da garantire il medico contro le conseguenze di eventuali errori di assunzione del farmaco.

La ricetta non ripetibile deve essere compilata con mezzo indelebile e deve contenere il cognome e nome dell'ammalato (sigle nei casi previsti per legge), la data e la firma.

A carico del SSR possono essere prescritte due confezioni per ricetta con alcune eccezioni:

- ◇ sei confezioni di antibiotici iniettivi o soluzioni per infusione (glucosio 5 e 10%, sodio cloruro 0,9% ...)
- ◇ venti fiale di soluzione glucosata o fisiologica da 2, 5 o 10 cc
- ◇ sei confezioni per l'interferone nel trattamento dell'epatite cronica
- ◇ il quantitativo necessario per un periodo di terapia fino ad un mese (legge 21 febbraio 2006, n. 49) in caso di farmaci oppiacei per la terapia del dolore

Disposizioni per il contenimento della spesa farmaceutica.

Il D.L. 347 del 18 settembre 2001, convertito con L. 405 del 16 novembre 2001, nell'intento di incentivare la diffusione dei farmaci equivalenti (c.d. *generici*), ha stabilito che "*I medicinali, aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale (il cosiddetto prezzo di riferimento)*" ed ha consentito la sostituibilità da parte del farmacista²⁰ del farmaco prescritto con altro equivalente. Nel caso in cui il paziente rifiuti la sostituzione (o il medico apponga sulla ricetta la dizione "*non sostituibile*") la differenza di prezzo resta a carico del cittadino.

La Legge 7 agosto 2012, n. 135 (conversione, con modifiche, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 c.d. *Spending review*)²¹ prevede che il medico, in caso di nuova prescrizione, sia per terapia acuta che cronica, di farmaci per i quali sono in commercio "equivalenti", indichi solo il principio attivo (es.: "ramipril cp 5 mg"), eventualmente *aggiungendo* un nome commerciale (es.: "Triatec cp 5 mg" o "ramipril DOC cp 5 mg"). Può prescrivere uno specifico farmaco "etico" (es.: "Triatec cp 5 mg") o un farmaco "equivalente" di una specifica ditta (es.: "ramipril DOC cp 5 mg") solo precisando nella ricetta "non sostituibile" con la relativa motivazione sintetica²². Questa disposizione non si applica in caso di terapie croniche già in atto, per le quali può essere mantenuta la prescrizione del solo farmaco "*griffato*".

Su disposizione regionale, in Umbria la prescrizione non può superare i trenta giorni di terapia, elevati a sessanta giorni in caso di assistiti affetti da patologie croniche ed invalidanti e da malattie rare, limitatamente ai farmaci correlati alla patologia. Nel caso di prima prescrizione di un farmaco o di modifica della terapia, è consentita la prescrizione di un solo pezzo per ricetta. Non possono essere rilasciate ad un assistito più ricette con prescrizione dello stesso farmaco nello stesso giorno.

I farmaci prescritti in dimissione dall'ospedale ed in regime di consulenza specialistica dovrebbero essere consegnati direttamente al paziente dalle farmacie gestite dalla USL (all'interno dell'Azienda Ospedaliera, della sede della USL e degli Ospedali direttamente amministrati), integralmente (in caso di terapia a breve termine: eparine frazionate..) od almeno in quantità sufficiente per l'inizio della terapia. I farmaci antitumorali orali ad alto costo vengono consegnati direttamente in occasione della visite di *follow-up* oncologico.

Tutti i farmaci necessari per pazienti assistiti in regime A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) possono essere prelevati presso le farmacie gestite dalla USL od i Punti di Erogazione dei Servizi del Distretto dietro prescrizione del medico generale contenente la posologia ed il piano terapeutico, da inviare *on line*.

Il costo per la USL dei farmaci distribuiti direttamente dalle proprie farmacie è notevolmente inferiore rispetto al rimborso riconosciuto alle altre farmacie per i farmaci da esse consegnati.

²⁰ il farmacista, in base al D.M.Salute 31 marzo 2008, può anche consegnare farmaci in assenza di ricetta medica quando sia documentata la loro indispensabilità per assicurare la prosecuzione di un trattamento non sospendibile

²¹ art. 11-bis: "*Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.*"

²² ad es.: "ipersensibilità, intolleranza, interazione o controindicazione ad eccipienti", "obiettive difficoltà di assunzione", "terapia complessa /problematiche assistenziali con rischio di scambio di farmaci"

Prescrizione ossigeno liquido (OLT, Ossigenoterapia a Lungo Termine)

La prescrizione richiede un Piano Terapeutico, della durata massima di un anno, con l'indicazione del consumo mensile o bimestrale previsto, rilasciato da uno dei centri di riferimento indicati dalla Regione.

Le trascrizioni da parte del medico di medicina generale contengono normalmente il quantitativo necessario per un mese di terapia, estensibile a due, e devono riportare l'indicazione della durata e il numero di autorizzazione rilasciato dal Centro di Riferimento al momento dell'immissione in Ossigenoterapia a Lungo Termine.

Indirizzi utili (purtroppo non regolarmente aggiornati) www.agenziafarmaco.it - <https://farmaci.aifa.gov.it> (farmaci con AIC e foglietti illustrativi) - www.prontuariofarmaceutico.it (farmaci con AIC e note AIFA)

“PROPOSTA” DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA

Accertamenti, consulenze e prestazioni specialistiche

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, in corso di recepimento da parte della Regione, prevede le “indicazioni di appropriatezza prescrittiva” e le più stringenti “condizioni di erogabilità” in base alle quali possono essere prescritti a carico del Servizio Sanitario vari accertamenti e prestazioni, anche di uso molto comune (ALT, AST, uricemia, colesterolemia ...) o ad alto costo (RMN del rachide o di articolazioni ...).

Le **indicazioni di appropriatezza prescrittiva** (all. 4 al Decreto) “definiscono specifiche condizioni 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, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l’obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico” Es: colesterolo totale, HDL e trigliceridi sono *appropriatamente* richiesti (nota 38): A) come screening in tutti i soggetti di età superiore a 40 anni; in assenza di valori alterati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici, l’esame è da ripetere a distanza di 5 anni. B) nei soggetti con malattia cardiovascolare o qualsiasi fattore di rischio noto (cardiovascolare, familiarità per malattie dismetaboliche, eventi cardiovascolari precoci, dislipidemia anche in trattamento secondo nota AIFA, ecc). La RMN del rachide senza mdc è *appropriatamente* richiesta (nota 24): A) dolore rachideo e/o sintomatologia di tipo neurologico, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane; B) traumi recenti e fratture da compressione. Le **condizioni di erogabilità** (all. 4 al Decreto) “definiscono specifiche condizioni 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, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico. Per la PMA (procreazione medicalmente assistita), sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli” Es.: il gruppo sanguigno può essere richiesto (nota 65): solo in previsione di trapianto/donazione, trasfusione o in donne in gravidanza e in funzione preconcezionale.

Il Decreto ed i relativi allegati sono reperibili: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf

Per gli esami emato-chimici, quelli strumentali, le visite e prestazioni specialistiche specifiche (sostituzione catetere ureterale...) in regime di SSR esistono alcuni obblighi specifici:

- ☞ va sempre indicato il sospetto diagnostico o la motivazione della richiesta; su foglio separato è opportuno fornire al consulente una sintesi dei dati clinici più significativi dell’assistito: problemi pregressi e attuali, accertamenti espletati con relativo esito, terapie in atto, intolleranze a farmaci...
- ☞ deve essere compilata una proposta diversa per ogni branca specialistica (ed anche nell’ambito di una stessa branca nel caso che si debbano richiedere contemporaneamente prestazioni concedibili in

- esenzione e no, come nel caso delle esenzioni parziali)
- ☞ non si possono prescrivere più di 8 prestazioni per ogni branca

Riabilitazioni

A norma del Decreto della Giunta Regionale n. 893 del 03/07/2002, in applicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione Livelli Essenziali di Assistenza”, le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale non possono essere richieste direttamente dal Medico di Medicina Generale, il quale deve limitarsi a proporre una ”*Visita fisiatrica per valutazione riabilitativa* ”. Il medico competente²³ della struttura riabilitativa della USL o del Centro Privato Esterno provvederà a formulare il piano di trattamento che sarà poi trascritto sul ricettario SSR da parte del medico di medicina generale. Questa modalità potrebbe essere abolita in caso di adozione del citato D.P.C.M.12 gennaio 2017.

Densitometria ossea

A norma del D.P.C.M.12 gennaio 2017 le prestazioni di densitometria ossea, possono essere fornite a carico del SSR limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica, elencate nell'allegato 4 A del D.P.C.M.12 gennaio 2017.

Per disposizione della ex USL n. 4, nella proposta devono essere riportati:

- il quesito diagnostico (fattore di rischio o condizione patologica) come indicato nell'allegato;
- la precisazione se trattasi di 1° esame o di controllo (in quest'ultimo caso anche la data del precedente esame e la metodica usata QUS o DEXA)
- la specificazione, controfirmata dal prescrittore, che l'esame richiesto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Cure termali

Queste vanno ugualmente richieste attraverso il ricettario SSR precisando la diagnosi della malattia, che deve essere riportata con dizione conforme ad una di quelle contenute nell'elenco di cui all'allegato 9 D.P.C.M.12 gennaio 2017.

Non è necessaria l'autorizzazione della Azienda USL.

Presidi ed ausili

Sul ricettario vanno inoltre richiesti i presidi diagnostici per il diabete (siringhe, strisce reattive, “pungidito” e lancette, aghi per la “penna-siringa”); la prima richiesta va effettuata dallo specialista USL, le successive possono essere rilasciate dal medico di medicina generale riportando il fabbisogno bimestrale e la dicitura “*valida per ...*” (*un anno* come periodo massimo), oltre alla diagnosi ed al tipo di terapia in atto ed all'indicazione della esenzione per la patologia.

Le quantità sono previste nella Delibera della Giunta Regionale n. 1411 del 6 dicembre 2016 reperibile nel sito dell'Ordine, area Utilità per la professione > Vademecum professionali.

Allo stesso modo vengono richiesti i cosiddetti presidi necessari al “recupero funzionale e sociale dei pazienti minorati”.

La prima concessione è assoggettata alla valutazione da parte di uno specialista della USL e presume il riconoscimento della invalidità civile per la patologia cui sono destinati i presidi (può essere sufficiente anche la documentazione attestante l'avvenuta presentazione della relativa domanda).

Per l'*incontinenza* si tratta di pannoloni (a mutandina o sagomati o rettangolari), traverse per letto, sacche per raccolta urine monouso, nel numero massimo di 90 pezzi complessivamente, aumentabili a 120 su prescrizione specialistica. Sono anche concedibili i cateteri vescicali tipo Foley in silicone (al massimo due al mese) oppure un catetere preconnesso ad una sacca a circuito chiuso svuotabile oppure cateteri esterni (“condom” con sistema di raccolta, 30 pezzi).

I presidi per i portatori di *stomia chirurgica* sono concedibili direttamente attraverso la prescrizione medica dettagliata dello specialista del centro in cui è stato effettuato l'intervento, allegando la documentazione della richiesta di invalidità civile.

Il medico del Punto di erogazione Servizi del Distretto rilascia la documentazione per il prelievo mensile o bimestrale in farmacia dei presidi sopra elencati.

²³ sono assimilati allo specialista in “medicina fisica e riabilitazione” gli specialisti in: geriatria ed equipollenti, medicina dello sport ed equipollenti, neurologia, reumatologia ed equipollenti, ortopedia e traumatologia ed equipollenti

Per la concessione di altri presidi (letto articolato, carrozzina comoda e/o pieghevole, sollevatore malati, materasso o cuscino antidecubito, deambulatore, sedia servo-assistita) che avviene attraverso l'ufficio "Ausili e Protesi" della USL, va compilata una richiesta di "visita fisiatrice per concessione presidi" (specificando quali) accompagnata dalla fotocopia del certificato di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento (o della documentazione dell'avvenuta presentazione della relativa domanda).

Nel caso del materasso antidecubito deve essere riportata la dizione "Paziente in decubito obbligato supino fisso". Se il paziente non può essere trasportato con mezzi comuni bisogna aggiungere "Paziente non deambulante e che non può essere trasportato con i comuni mezzi di trasporto".

Per la concessione di altri presidi ed ausili (aspiratori per tracheostomia, concentratori di ossigeno...) è necessaria una richiesta di visita specialistica appropriata (ORL, pneumologica...) cui va allegata la fotocopia del certificato di invalidità civile.

In tutti i casi va segnalata la diagnosi e tutte le altre notizie sanitarie utili allo snellimento delle procedure.

Alimenti speciali

Per la concessione di alimenti speciali (celiachia, insufficienza renale) va richiesta la relativa visita specialistica per la compilazione della richiesta dei quantitativi necessari che andrà poi presentata al medico del Punto Erogazione Servizi di competenza per il rilascio della prescrizione da consegnare in farmacia.

Per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale) va richiesta la "visita nutrizionale" per la prescrizione che permetterà l'acquisizione diretta degli alimenti attraverso il Punto di Erogazione Servizi.

Ricovero

Il ricettario SSR serve anche per proporre il ricovero presso i presidi ospedalieri o le case di cura convenzionate.

Nella richiesta deve essere indicata l'eventuale urgenza del ricovero e la diagnosi o il sospetto diagnostico.

La proposta di ricovero deve essere sempre accompagnata dalla "scheda di accesso in ospedale" contenente i dati clinici più significativi: motivo del ricovero, accertamenti effettuati e loro risultati, terapia in atto ed eventuali terapie sperimentate per la patologia oggetto del ricovero, problemi attivi e pregressi. Essenziale la segnalazione di eventuali intolleranze farmacologiche,

LA e-PRESCRIPTION

Il DPCM 26 marzo 2008, attuativo del D.L. 296/2006 art. 1 comma 810 lettera C, dispone le modalità per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze.

Il medico che intende effettuare sostituzioni nella regione deve registrarsi sul sistema FED-Umbria all'indirizzo: <https://identity.pa.umbria.it>. Per procedere alla registrazione è necessario disporre del codice fiscale e di un indirizzo e-mail attivo al quale verrà inviata la password provvisoria di accesso.

All'atto della sostituzione il medico titolare deve inviare il modulo "Richiesta abilitazione medico sostituto", unitamente a copia del proprio documento di identità, al "Centro Tecnico per l'Identità Digitale" tramite fax al nr. 075-5027281 o all'indirizzo mail sostituzionemedici@umbriadigitale.it. Questa procedura va ripetuta per ogni sostituto diverso.

Il medico sostituto riceverà dal titolare un *id* ed una *password*, che poi potrà modificare, per accedere al *software* gestionale che dovrebbe già essere predisposto, a cura del titolare, per la trasmissione dei dati prescrittivi al Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) umbro anche da parte del sostituto.

Attualmente le prescrizioni e le proposte sono inviate al SAR per la convalida, dopo la quale le prescrizioni vengono stampate su comune carta formato A5 (c.d. ricetta "dematerializzata"), che non deve essere firmata dal medico. Fanno eccezione (al momento!) i farmaci distribuiti "in nome e per conto" e gli oppiacei che vengono prescritti sul modello del SSR da firmare regolarmente.

MODALITA' DI CONCESSIONE DELLE PRESTAZIONI

Gli assistiti del servizio sanitario sono attualmente sottoposti alla partecipazione alla spesa sanitaria secondo le disposizioni della relativa Regione, modificate in Umbria (<http://www.regione.umbria.it/salute>) con DGR n. 911 del 5 agosto 2011, in attuazione dell'art. 17 comma 6 della legge 15 luglio 2011, n.111, per le quali il medico prescrittore dovrà riportare sulla ricetta il codice relativo, dopo averlo verificato dalla documentazione esibita dall'assistito (certificati di esenzione per invalidità o patologia) o tramite ricerca

diretta sul sito SistemaTS (lo stesso utilizzato per la certificazione di malattia *on line*), per le esenzioni per reddito (codice E**).

Esenzioni generali dalla partecipazione alla spesa (nessuna quota è dovuta per farmaci ed accertamenti)

1) Esenti per reddito previsti dalla normativa vigente

- Assistiti di età inferiore a 6 anni (fino al giorno precedente il compleanno) e di età superiore a 65 anni (dal giorno del compleanno) appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 36.151,98 euro (codice E01)
- Assistiti disoccupati (esclusi quelli in attesa di prima occupazione) di qualsiasi età (e familiari a loro carico) purché gli uni e gli altri appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha usufruito di un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, aumentato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge, e di ulteriori 516 euro per ogni familiare a carico (codice E02)
- Titolari di assegno (ex pensione) sociale e familiari a loro carico (codice E03)
- Assistiti titolari di pensione al minimo di più di 60 anni e familiari a loro carico, con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro, aumentato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge, e di ulteriori 516 euro per ogni familiare a carico (codice E04)

Il dato è verificabile annualmente (la fascia va rivista alla data del 31 marzo) nel sito SistemaTS e caricabile in automatico dal software gestionale nella cartella del paziente.

2) Invalidi di guerra e deportati in campi di sterminio titolari di pensione diretta vitalizia (codice G01)

3) Invalidi per servizio (codici S01, S02 e S03)

4) Invalidi civili al 100% (codice C01 senza indennità di accompagnamento, C02 con indennità)

5) Grandi invalidi del lavoro (codice L01)

6) Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (codici V01 e V02)

7) Ciechi e sordomuti (codici C05 e C06)

Esenzioni parziali dalla partecipazione alla spesa (nessuna quota è dovuta per tutti i farmaci e gli accertamenti connessi con la motivazione dell'esenzione)

1) Pazienti affetti dalle patologie croniche (diabete, malattia ipertensiva ...) o rare (cistite interstiziale, morbo di Hansen...) di cui al D.Lgs 29 aprile 1998 n. 124 e successive modifiche e integrazioni

Gli accertamenti concedibili in esenzione sono previsti dai relativi Regolamenti e trascritti nell'attestato in possesso dell'interessato²⁴. Riportare nelle relative caselle della ricetta il codice dell'esenzione, a 6 cifre per le "malattie rare", a 3 cifre per le "patologie croniche" (vedi esempio: diabete mellito 013), a 4 cifre per alcune patologie: ipertensione arteriosa (0A31 senza danno d'organo, 0031 con danno d'organo), malattie cardiache e del circolo polmonare (0A02), malattie cerebrovascolari (0B02), malattie delle arterie, capillari, vene, vasi linfatici (0C02).

Per ottenere l'esenzione è necessario che l'assistito si sottoponga ad una visita specialistica appropriata alla patologia (con pagamento del relativo ticket, in caso di patologia "cronica", in esenzione in caso di malattia "rara"), su richiesta specifica del medico curante con la

DATI ANAGRAFICI		
Codice Individuale 0	Codice Fiscale G	
Cognome e Nome G	Data Nascita 2	
Comune di Nascita G	Residenza Sanitaria TERNI	
Indirizzo VIA		Distretto 43
Numero Attestato 118039	USL di Assistenza TERNI	Data Rilascio 02/02/2011
Categoria 013	Codice ICD-9-CM 250	Gruppo 013
PRESTAZIONI		
88.73.5	ECODICOLORIDOPPLER TRONDIC SOVRAORTICI A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE INCLUSO: FEGATO E VIE BILIARI, PANCREAS, MILZA, RENI E SUPRRENI. RETROPERITONEO. ESCLUSO: ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	
88.77.2	ECODICOLORIDOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE. ARTERIOSA O VENOSA A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA (NLT)	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (SU)	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	
90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriali dopo test di stimolo (S)	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (SU)	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.43.5	URATO (SU) (SU)	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, Hb, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.	
90.94.2	ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA) RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E LEVITI PATOGENI, INCLUSO: COLTA BATTERICA	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
93.00.1	ELETTROCARDIOGRAMMI SEMPLICI (EMG) ANALISI QUALITATIVA O QUANTITATIVA PER MUSCOLO ESCLUSO: EMG DELLO SCIRO (95.25), EMG DELLO SFINTERE URETRALE (99.23), QUELLO CON POLISONNOGRAMMA (98.17)	
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO CAMPIMETRIA, PERIMETRIA STATOCINETICA	
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE TEST DI ACUTA VISIVA E DI DISCRIMINAZIONE CROMATICA	
95.06.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	
95.28	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	
PRESTAZIONI PER LE QUALI NON E' DOVUTO IL PAGAMENTO DELLA QUOTA FISSA		
14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (ARSEI)	
PRESTAZIONI PER LE QUALI NON E' DOVUTO IL PAGAMENTO DELLA QUOTA FISSA; NON E' DOVUTO IL PAGAMENTO DELLA QUOTA FISSA PER LA PRESTAZIONE 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO AD ESSE ASSOCIATA		
14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENDON (LASER)	
95.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE. DEFINITE BREVI STORIA E VALUTAZIONE ABBREVIATA, VISITA SUCCESSIVA ALLA PRIMA	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.15.4	CREATININA CL. LAIANCE	
90.27.1	GLUCOSIO (SIP) (SU) (SU)	
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
90.33.4	MICROALBUMINURIA	
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA O ANGIOSCOPIA OCULARE	
		
F. Medico Funz. Add.Amm.	Scadenza	Rinnovo

²⁴ Il D.P.C.M.12 gennaio 2017 ha modificato l'elenco delle prestazioni concedibili

dizione “A norma del D.Lgs 29 aprile 1998 n. 124 si chiede che vengano poste in essere le procedure previste per il rilascio dell’attestato di esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria” o, più semplicemente, “Visita (diabetologica, cardiologica...) per esenzione ticket per <diagnosi>”. Su foglio separato deve essere riportata la terapia in atto ed altre notizie utili. Deve essere prodotta anche tutta la documentazione sanitaria disponibile, utile alla definizione della diagnosi.

2) Infortunati sul lavoro per tutta la durata della inabilità temporanea, come riportato nella certificazione INAIL, e affetti da malattia professionale

Non pagano alcun ticket per gli accertamenti e prestazioni connessi all'infortunio (D. M. Sanità 1/2/1991) o alla malattia professionale. Riportare il codice L04, nel caso dell'infortunio firmare sul retro della ricetta, dove deve firmare anche l'infortunato, dichiarando in tal modo che la patologia di cui soffre è dovuta ad infortunio sul lavoro denunciato a norma di legge. La firma dell'infortunato non è necessaria se ne è impossibilitato ma tale circostanza va specificata dal medico sempre sul retro della ricetta²⁵.

3) Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati

Non pagano alcun ticket per gli accertamenti e prestazioni necessari per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992 (codice N01)

4) Categoria da definire: soggetti in condizione di disagio economico e particolare vulnerabilità individuate dalla programmazione regionale

Esenzioni parziali dalla partecipazione alla spesa per le sole prestazioni specialistiche

L'elenco completo è contenuto nel Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 marzo 2008, Allegato 12 ed è riportato in “La prescrizione-proposta -allegati”

E' il caso di citare gli invalidi civili con invalidità compresa fra il 67% ed il 99% (cod. C03) e gli invalidi per lavoro con riduzione della capacità lavorativa fra il 67% ed il 99% (L02), che non pagano alcun ticket per le prestazioni specialistiche, mentre gli invalidi per lavoro al di sotto del 67% (L03) non pagano solo per le prestazioni connesse alla causa di invalidità riconosciuta.

Le donne in gravidenza non pagano il ticket per gli accertamenti previsti dall'allegato 10B del D.P.C.M.12 gennaio 2017 (purché lo stato di gravidanza e la settimana di gestazione sia evidenziato nella richiesta (riportare nelle caselle esenzione: *M* seguita da 2 cifre, da 01 a 41, indicanti la settimana di gestazione, oppure 99 se epoca non quantificabile, 00 per esami preconcezionali, 50 in caso di “gravidenza a rischio” certificata da un ginecologo, nel qual caso è necessario trattenere la documentazione relativa per giustificare la prescrizione in esenzione ticket). Lo stato di gravidanza deve essere attestato da un certificato, rilasciato dal medico generale o dal ginecologo, riportante la data di inizio dell'ultima mestruazione e quella presunta del parto. Il citato decreto riporta anche i protocolli relativi agli accertamenti prescrivibili in esenzione in epoca preconcezionale (allegato 10A) ed in caso di complicazioni della gravidanza (art. 59 del Decreto).

In alcuni casi (ecografie..), per l'esecuzione tempestiva, è necessario compilare la proposta in epoca precedente rispetto a quanto previsto dalla normativa. Non è chiaro come debba essere compilata la ricetta: si suggerisce di trascrivere il codice *M* seguito dalla settimana di gestazione attuale, aggiungendo nel campo libero la dizione, controfirmata, “prestazione da effettuare (entro la 13a o fra la 19a e la 23a oppure fra la 28a e la 32a) settimana di gestazione” secondo quanto previsto dalla normativa.

Le donne in trattamento contraccettivo (cod. P01096) e gli assistiti in trattamento per sterilità (cod. P01095), in possesso di un attestato di colore bianco, non pagano alcun ticket per gli accertamenti e le prestazioni connesse al problema (si tratta di esenzioni regionali non previste dalla normativa nazionale).

Gli esami diagnostici che rientrano in protocolli di prevenzione stabiliti dalla Regione (*screening* citologico, mammografico ...) sono concessi in esenzione totale (cod. D01-D06)²⁶.

²⁵ questo non è possibile con la ricetta “dematerializzata”

²⁶ art 85 legge 23 dicembre 2000 n. 388 comma 4. “... sono escluse dalla partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione, le seguenti prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e delle precancerosi del colon retto:

a) mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra quarantacinque e sessantanove anni; (cod. D03)

b) esame citologico cervico-vaginale (PAP test), ogni tre anni, a favore delle donne in età compresa tra venticinque e sessantacinque anni; (cod. D02)

Regime normale

Pagamento integrale di **visite specialistiche** (20 euro, ridotti a 16 se controllo successivo) e **accertamenti diagnostici** (secondo il Nomenclatore tariffario nazionale con un incremento del 10%, tranne TAC e RMN) fino all'importo di 36,15 euro a ricetta. Per ogni ricetta di importo superiore a 10 € il ticket è ulteriormente aumentato di una quota fissa differenziata a seconda delle fasce di reddito complessivo lordo del nucleo familiare "fiscale" dell'assistito.

Per quanto riguarda la **prescrizione farmaceutica** la DGR 911/2011 ha introdotto un ticket, anch'esso differenziato sulla base del reddito. Ne sono esclusi i farmaci a distribuzione diretta da parte della USL e quelli distribuiti in farmacia "in nome e per conto" della USL.

L'assistito paga soltanto il costo effettivo del farmaco nel caso in cui dovesse essere inferiore al ticket.

Rimane sempre a carico dell'assistito²⁷ la differenza fra il costo del farmaco ed il prezzo di riferimento.

Fasce di reddito	Quota/ricetta accertamenti	Quota/ricetta Tac e RMN	Quota prescrizioni farmaceutiche	codice
€ 0 – € 36151,98	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	R1
€ 36151,99 - € 70000	€ 5,00	€ 10,00	€ 1,00/pezzo max € 2,00/ricetta	R2
€ 70000,01 - € 100000	€ 10,00	€ 24,00	€ 2,00/pezzo max € 4,00/ricetta	R3
oltre € 100000	€ 15,00	€ 34,00	€ 3,00/pezzo max € 6,00/ricetta	-

La fascia di reddito deve essere riportata dal medico scrivendo il codice nelle prime due caselle a sinistra dello spazio riservato al "codice esenzione". Il dato è verificabile annualmente (la fascia va rivista alla data del 31 marzo) nel sito SistemaTS (quello per la certificazione di malattia *on line*) e caricabile in automatico dal software gestionale nella cartella del paziente.

In caso di reddito sconosciuto o superiore a € 100000, sul modello prescrizione-proposta SSR deve essere biffata la casella [(N)]. Questo può essere omesso in caso di visita domiciliare o in regime di Continuità Assistenziale, quando non è possibile avere certezza della fascia di reddito.

NOTA BENE!

E' opportuno prestare la massima attenzione a tutta la normativa inerente la partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, ancorché estremamente farraginoso ed in continuo mutamento, in considerazione dei rischi cui sottopone il medico prescrittore che è responsabile della evidenziazione sulla ricetta del diritto alla esenzione, nessun ruolo in merito spettando ai farmacisti o agli impiegati dei Centri di Prenotazione. Anche se gli eventuali reati commessi in tale senso durante l'attività prescrittiva sono stati depenalizzati, (Legge 522/96 art. 1 comma 44) il medico rimane responsabile in sede civile e può trovarsi a dover risarcire l'Azienda USL del danno economico subito con l'eventuale aggiunta del risarcimento del "danno d'immagine".

MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Gli assistiti che devono ricevere delle prestazioni prescritte dal medico curante (visite specialistiche, accertamenti) devono recarsi presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione), presso le sedi dei Punti di Erogazione dei Servizi, presso le farmacie ed effettuare la prenotazione, che sarà confermata con l'indicazione della sede e dell'orario della prestazione e del ritiro del referto, se dilazionato.

L'eventuale ticket può essere pagato al momento della prenotazione o contestualmente alla effettuazione dell'esame alla "cassa veloce" del CUP o a quella dei Poliambulatori oppure al Punto di Erogazione dei Servizi più vicino.

La prestazione può essere usufruita anche presso le Aziende Ospedaliere e altre strutture accreditate, anche di USL diversa (senza necessità di preventiva autorizzazione della propria USL).

c) colonscopia, ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a quarantacinque anni e della popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della sanità. (cod.D04)“

²⁷ anche nel caso in cui sia titolare di esenzioni fatto salvo quanto previsto dalla citata L. 19 luglio 2000, n. 203 (invalidi di guerra e assimilati)

La prenotazione di alcune prestazioni può avvenire senza richiesta del medico curante:

- visita ginecologica
- visita psichiatrica
- visita oculistica (per la sola misurazione della vista)
- prestazioni odontoiatriche
- visite relative alla tossicodipendenza presso i SERT
- prestazioni presso il servizio antitubercolare

Per gli esami di laboratorio è possibile chiedere il “*prelievo a domicilio*” riportando tale dizione sulla richiesta e specificando la motivazione, naturalmente solo nel caso in cui l’assistito sia temporaneamente o permanentemente impossibilitato a lasciare il domicilio per motivi di salute. La prenotazione per il prelievo va effettuata esclusivamente presso il Centro di Salute di competenza.

Da ultimo è bene precisare che il mancato ritiro del referto (*on line* o presso il Centro di Salute) entro 30 giorni comporta il pagamento integrale della prestazione da parte dell’assistito.

Per l’attivazione delle prestazioni di tipo infermieristico fornite dal personale dei Distretti è necessario compilare preventivamente *on line* una domanda apposita, utilizzabile anche per richiedere prestazioni di tipo socio-assistenziale, peraltro difficilmente ottenibili, e richiedere di volta in volta sul ricettario SSR le prestazioni necessarie.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PER I NON RESIDENTI

Esibendo la tessera sanitaria, l’**assistito del SSN** ha diritto in tutta Italia a:

- ricovero ospedaliero e prestazioni urgenti ospedaliere;
- accesso alle prestazioni del medico di medicina generale, che viene compensato direttamente dal paziente con il pagamento prefissato di euro 15 per la visita in studio e 25 a domicilio;
- accesso ad esami diagnostici;
- acquisto in farmacia di medicinali con la ricetta del SSN.

Per chi soggiorna almeno tre mesi fuori del comune di residenza, ma sempre in Italia, per motivi di studio, lavoro e malattia esiste la possibilità di richiedere il “**domicilio sanitario**” (Circolare del Ministero della Sanità n. 1000.116 del 11.5.1984, in G.U. n. 145 del 28.5.1984) che consente, pur mantenendo l’originaria residenza, di ottenere un tesserino sanitario col domicilio effettivo e, in conseguenza, di usufruire gratuitamente anche delle prestazioni di un medico di medicina generale scelto quale medico di fiducia nell’ambito del domicilio temporaneo.

Il domicilio sanitario è richiedibile quando sussistono i seguenti requisiti:

- militari di leva e militari di carriera in missione con familiari conviventi;
- studenti e seminaristi assenti dalla residenza familiare per motivi di studio;
- dipendenti pubblici e privati in missione con familiari conviventi;
- insegnanti in missione per oltre 3 mesi;
- lavoratori stagionali per periodi superiori a 3 mesi;
- carcerati e condannati sottoposti all’obbligo di soggiorno;
- soggiornanti in località climatiche per oltre 3 mesi a causa di comprovati motivi di salute certificati da un medico specialista dell’USL.

La procedura per ottenere il domicilio sanitario prevede la presentazione all’USL in cui si chiede l’iscrizione di una domanda con allegati i seguenti documenti:

- certificato attestante il possesso di uno dei requisiti predetti;
- certificato di residenza o documento d’identità;
- tessera sanitaria originaria e domanda di cancellazione dagli elenchi della USL di residenza anagrafica.

La richiesta di cancellazione, presentata contestualmente alla richiesta di nuova iscrizione, viene inviata a cura dell’USL che riceve la domanda all’USL di residenza anagrafica e alle rispettive Regioni. La richiesta di “domicilio sanitario” può essere rinnovata annualmente.

Nella compilazione delle ricette per questi assistiti il medico deve indicare la provincia e la USL di residenza e deve essere riportato l’indirizzo di residenza o almeno il comune.

Anche i **cittadini della Comunità Europea** e dei paesi con i quali esistano accordi bilaterali di sicurezza

sociale²⁸ sono soggetti sostanzialmente alle stesse regole, fatto salvo il pagamento della visita medica che avviene da parte dell'USL dietro notulazione del medico. In questo caso deve essere compilato anche il retro della ricetta del Servizio Sanitario regionale (non è possibile utilizzare la ricetta "dematerializzata").

I cittadini stranieri di altri paesi vengono assistiti in totale regime di libera professione. Costituiscono eccezione gli **immigrati senza permesso di soggiorno** (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) privi di mezzi di sussistenza, per i quali si applica la "disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero" ai sensi della Legge 6 marzo 1998, n. 40 e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 6 del 7 gennaio 1999. I medici di medicina generale (ed i pediatri di libera scelta) alla richiesta di visita dovranno aiutare lo straniero a compilare una autocertificazione su apposito modello, in cui dichiarare, oltre alle generalità, la nazionalità e la mancanza di propri mezzi di sussistenza (in duplice copia, una per il Centro di Salute di riferimento e l'altra per l'archivio personale). La prestazione andrà notulata unitamente alle prestazioni di assistenza programmata o integrata, riportando il nominativo e la data di nascita dello straniero ed il tipo della visita. Il compenso sarà di 10,33 euro per la visita ambulatoriale e di 15,49 euro per quella domiciliare, secondo la Deliberazione della Giunta Regionale n. 6227 del 4 novembre 1998 (accordo decentrato regionale).

Per approfondimenti: <http://www.uslumbria2.it>

CONSIDERAZIONI FINALI

Tutta la normativa relativa alla partecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria è soggetta a continui ed imprevedibili mutamenti, pertanto quanto qui riportato è valido solo al momento della stesura di questi appunti. Non si possono, inoltre, escludere diversità fra le varie USL della stessa Regione.

Nel caso fossero ravvisate inesattezze o imprecisioni in qualsiasi parte del documento è gradita la segnalazione a: verducci.maurizio@simg.it

Aspetti giuridici

Esiste una copiosa giurisprudenza della Corte di Cassazione che qualifica il medico convenzionato come "pubblico ufficiale" e le ricette da lui rilasciate come "atto pubblico". Anche nel caso più favorevole, comunque, nessun medico che compili una ricetta potrà sfuggire alla qualifica di "incaricato di pubblico servizio" e la ricetta a quella di "autorizzazione amministrativa".

Art. 479 C.P. (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'art. 476 (reclusione da uno a sei anni).

Art 480 C.P. (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative).

Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Art 481 C.P. (Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità).

Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 51 a euro 516. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

Art. 485 C.P. (Falsità in scrittura privata).

Chiunque, al fine di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, forma, in tutto o in parte, una scrittura privata falsa, o altera una scrittura privata vera, è punito, qualora ne faccia uso o lasci che altri ne faccia uso, con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Aspetti deontologici

Art. 58 – Rapporti tra colleghi Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità.

Il medico affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita, ove coinvolta.

Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese.

Il medico, in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti.

²⁸

Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Croazia, Monaco, San Marino, Tunisia, ex Jugoslavia (Serbia, Montenegro, Vojvodina, Kosovo, Macedonia, Bosnia Erzegovina); Liechtenstein, Norvegia e Svizzera hanno aderito al progetto TEAM e quindi sono equiparate ai paesi della comunità europea

Art. 59 - Rapporti con il medico curante

Il medico curante e i colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private devono assicurare un rapporto di consultazione, collaborazione e informazione reciproca.

Il medico che presti la propria opera per competenza specialistica o in situazioni di urgenza è tenuto, previo consenso del paziente o del suo rappresentante legale, a comunicare al medico indicato dagli stessi gli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e le valutazioni cliniche relative.

Il medico fa pervenire la relazione clinica o la lettera di dimissione al medico indicato dal paziente stesso.

Art. 60 - Consulto e consulenza

Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.

Il medico che non condivida una richiesta di consulto o di consulenza formulata dalla persona assistita o dal suo rappresentante legale, può astenersi dal parteciparvi, ma fornisce comunque tutte le informazioni e la documentazione clinica relative al caso.

Lo specialista o il consulente che visita un paziente in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato, debitamente sottoscritti.

Art. 61 – Affidamento degli assistiti

I medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica.