



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL 7 CARBONIA

Deliberazione n. 845

adottata dal Direttore Generale in data 21 OTT. 2011

Oggetto: **Appropriatezza prescrittiva - Approvazione regolamenti:  
le “ Regole prescrittive della ASL 7” e il “Manuale operativo  
sulla corretta compilazione della ricetta”**

### **IL DIRETTORE GENERALE**

**RICHIAMATE** le deliberazioni n. 87 del 26.04.2011 e n. 160 del 09.05.2011 coi quali questa Azienda ASL ha provveduto a istituire un organismo aziendale denominato “Osservatorio appropriatezza prescrittiva” che svolge funzioni di supporto e consulenza alla Direzione Aziendale per il miglioramento della appropriatezza prescrittiva diagnostica-terapeutica e il corretto utilizzo della risorse in ambito aziendale;

**CONSIDERATO** che il sunnominato organismo ha lo scopo di coordinare ed integrare l'attività specialistica con quella delle cure primarie, al fine di garantire la continuità dell'assistenza e la tempestività della cura alle persone, accorciando i tempi di risposta in modo da ridurre al minimo i disagi cui i pazienti sono sottoposti e facilitare l'accesso alle prestazioni;

che tra i suoi compiti vi è, inoltre, la definizione di linee guida e di misure uniformi in materia di formazione, informazione ed appropriata prescrizione delle prestazioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere finalizzate all'integrazione dell'assistenza sanitaria;

che il suddetto osservatorio ha predisposto, allo scopo, due regolamenti:

- 1) Regole prescrittive della ASL 7 “ Centralità del cittadino nei percorsi sanitari.
- 2) Manuale operativo sulla corretta compilazione della ricetta

**VISTO** l'art. 2 comma 1 del D.L. 443 del 30.10.1987, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 531 del 29.12.1987, che stabilisce, tra l'altro che " l'impiego dei ricettari per la prescrizione o proposta di prestazioni erogabili dal SSN è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo e con lo stesso convenzionato nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali";

l'art. 49 comma 2 dell'ACN 29 luglio 2009 che stabilisce che " I Direttori Generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri .....adottano, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.l.vo n° 502/92, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare .....”il rispetto da parte dei Medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva delle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al DM 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'art. 50 della legge 326/2003;

l'art. 1 comma 4 del D.L. n. 323 del 20.06.1996, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996 n. 425, il quale ha stabilito, tra l'altro, per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici prescrittori del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti AIFA;

l'art. 50 del D.L. n. 269 del 30.09.2003, convertito, con modificazioni della legge 326 del 24.11.2003 che ha introdotto il programma di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie;

**DATO ATTO** che i regolamenti predisposti dall'Organismo sono stati valutati, condivisi e approvati da questa Direzione Aziendale;

**RITENUTO** di dover diffondere fra tutti i medici prescrittori della Asl i regolamenti di cui in oggetto che fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;

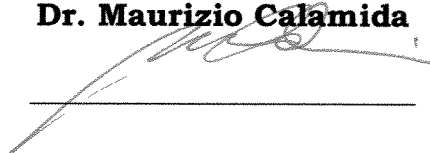
**SENTITI** i pareri favorevoli del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario

## **D E L I B E R A**

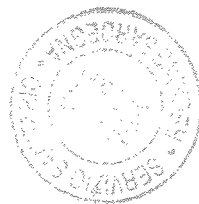
per i motivi esposti in premessa:

- Di approvare i regolamenti predisposti dall' organismo su indicato e più precisamente:
  - 1) Regole prescrittive della ASL 7 "Centralità del cittadino nei percorsi sanitari"
  - 2) Manuale operativo sulla corretta compilazione della ricetta
- Di trasmettere a tutti i Medici Prescrittori, i documenti di cui sopra, al fine di un' osservanza puntuale e uniforme;
- Di incaricare i Direttori dei dipartimenti, dei Distretti, dei presidi ospedalieri e delle UU.OO. della vigilanza sul rispetto dei suddetti regolamenti;
- Di demandare all'Osservatorio dell'appropriatezza prescrittiva tutte le iniziative utili e necessarie per la diffusione capillare delle disposizioni in materia di prescrizione che regolano i rapporti tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali;
- Di demandare all'Osservatorio suddetto l'esame e la proposta alla Direzione aziendale di adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

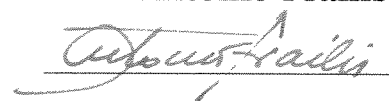
**Il Direttore Generale  
Dr. Maurizio Calamida**



**Il Direttore Amministrativo  
Dr. Claudio Ferri**



**Il Direttore Sanitario  
Dott. Antonio Frailis**



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n° 875 del 27 OTT. 2011

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n° 7

a partire dal 24 OTT 2011 .al 57 NOV 2011

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi.

È stata posta a disposizione per la consultazione.



Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

(Dr. Carlo Contini)

*Carlo Contini*

Allegati n° \_\_\_\_\_

Destinatari:

- *Collegio dei Sindaci*
- *Direzione Generale*
- *Direzione Sanitaria*
- *Direzione Medica P.O. Sirai*
- *Direzione Medica PP.OO. Iglesias*
- *Distretto Iglesias*
- *Distretto Carbonia*
- *Direttori Dipartimento*

SANITARIO REGIONE SARDEGNA

# **AZIENDA SANITARIA LOCALE N.7**

09013 CARBONIA (Carbonia Iglesias)

## **LE REGOLE PRESCRITTIVE DELLA ASL 7**

### **Centralità del cittadino nei percorsi sanitari**

## **CORRETTO USO DEL RICETTARIO UNICO A LETTURA OTTICA**

Il Decreto 18 maggio 2004 emanato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ha definito un nuovo modello di ricetta a lettura ottica in vigore dal 1 gennaio 2005 che viene a sostituire tutti i moduli con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

I Medici dipendenti del SSN, i MMG, i PLS e gli specialisti ambulatoriali interni devono utilizzare il ricettario unico sia per le prescrizioni farmaceutiche che per le prestazioni sanitarie. I Medici dipendenti utilizzeranno per la prescrizione una modulistica differente dal ricettario SSN, fornita dall'Azienda Sanitaria esclusivamente nel caso di accertamenti pre -ricovero programmato, dimissione protetta

Gli specialisti ambulatoriali incaricati di supplenza da parte del titolare devono utilizzare il ricettario SSN personale

E' vietato, e si configura come illecito penale, l'uso del Ricettario Unico Regionale durante l'attività libero professionale dei Medici di Famiglia e degli Specialisti operanti in strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime intra che extra moenia. Per quanto concerne la corretta stesura del ricettario, si rimanda al manuale operativo sulla corretta compilazione della ricetta( allegato 1).

Si ricorda che il ricettario è personale e deve essere utilizzato esclusivamente nell'esercizio dei compiti istituzionali come previsto dalla normativa vigente.

Il Medico è chiamato ad attenersi per le prescrizioni specialistiche alle descrizioni riportate nel Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale e per quelle farmaceutiche alle note AIFA e alle indicazioni riportate in scheda tecnica.

Le prescrizioni vanno fatte ordinariamente su supporto informatico e solo eccezionalmente compilate a mano con scrittura leggibile.

## **IDENTIFICABILITÀ DEL PRESCRITTORE**

Ciascun medico (MMG, PLS, Specialista operante in struttura sanitaria pubblica ),nella compilazione delle prescrizioni su ricettario regionale ,è tenuto ad apporre il proprio timbro

personale ,con il codice regionale ,laddove previsto,e la struttura di appartenenza affinché sia possibile identificare il prescrittore.

## **1) RICOVERO OSPEDALIERO**

### COME AVVIENE

- Per accesso diretto del paziente al Pronto Soccorso
- Su proposta del Medico di Continuità Assistenziale
- Su proposta dei Medici del 118
- Su proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta( con scheda di accesso che, nel caso del ricovero urgente deve essere inviato quanto prima)
- Su proposta dello Specialista

### RICOVERO PROGRAMMATO

Il ricovero ospedaliero programmato in regime ordinario, in DH e DS è disposto dallo specialista del reparto il quale , preso atto della richiesta/relazione clinica rilasciata dal Medico di MMG/PLS e/o di altro Specialista (ambulatoriale o ospedaliero) lo prenoterà direttamente, nell' agenda del reparto secondo criteri di priorità clinica.(vedi allegato )

Per gli accertamenti diagnostici pre- ricovero (strettamente correlati al motivo del ricovero), si utilizzeranno appositi moduli prestampati bianchi in dotazione all'ospedale.

Tali esami, a carico della U.O. che erogherà la procedura conclusiva, sono esenti ticket e garantiti con la stessa corsia preferenziale riservata ai pazienti ricoverati.

## 2) LA DIMISSIONE

### A) . LA DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO

In caso di mancato ricovero, la dimissione dovrà essere disposta dal Medico del Pronto Soccorso previo rilascio di referto di Pronto Soccorso completo di diagnosi.

Per le eventuali prescrizioni terapeutiche strettamente, connesse alla patologia diagnosticata, va utilizzato il ricettario regionale .

Contestualmente, nei casi dovuti v'è rilasciato il certificato di malattia.

### B) LA DIMISSIONE ORDINARIA DAL REPARTO

- Il Medico di reparto, possibilmente lo stesso che ha seguito il paziente durante il ricovero, è tenuto ad informare il suo assistito, eventualmente anche la sua famiglia *nei casi previsti*, sullo stato di salute ottenuto e sullo stile di vita migliore da seguire in relazione al caso specifico.
- Lo stesso avrà cura di predisporre una relazione clinica indirizzata al Medico di Medicina Generale che indichi :
  - a) la diagnosi d'ingresso
  - b) la diagnosi alla dimissione con gli accertamenti clinici effettuati (esami di Patologia Clinica, strumentali, etc.) e la segnalazione di eventuali parametri anomali
  - c) le terapie eseguite
  - d) la terapia di mantenimento *proposta* ( sempre nel rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche del farmaco medesimo)



indicando il principio attivo e non il prodotto commerciale. Va comunicata al paziente l'eventuale presenza nella terapia proposta di farmaci non concedibili a carico del SSN.

- e) la durata della terapia
- f) l'eventuale nota AIFA
- g) il Piano Terapeutico ove previsto
- h) il calendario di eventuali controlli successivi

**LA RELAZIONE DOVRA' ESSERE DATATA, FIRMATA IN MODO LEGGIBILE E RECARE IL TIMBRO PERSONALE E DEL REPARTO CON RELATIVI RECAPITI TELEFONICI.**

**AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA LEGGE 405/01 I FARMACI PER IL PRIMO CICLO DI TERAPIA DA DIMISSIONE E DA POST VISITA SPECIALISTICA ,NON SUPERIORE AI 30(TRENTA) GG, VENGONO DISPENSATI, PREVIO ACCORDO CON IL MEDICO DEL REPARTO, DIRETTAMENTE DALLA FARMACIA OSPEDALIERA .**

**NEL CASO DI IMPOSSIBILITA' ALLA DISTRIBUZIONE DIRETTA IL MEDICO DEL REPARTO LI DOVRÀ PRESCRIVERE SU RICETTARIO REGIONALE.**

**ANCHE LA TERAPIA FISICA E RIABILITATIVA DOVRÀ ESSERE PRESCRITTA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE, SU RICETTARIO SSN, DAL MEDICO DEL REPARTO CHE HA IN CURA IL PAZIENTE SECONDO LO SCHEMA INDICATO DALLO SPECIALISTA CHE HA EFFETTUATO LA CONSULENZA.**

### **3) PRESCRIZIONE DI AUSILI/PRESIDI ALLA DIMISSIONE**

il medico di reparto provvede a prescrivere tutti gli ausili/presidi necessari al paziente in dimissione ricorrendo, eventualmente, ad ulteriori consulenze (fisiatrice, ortopedica, etc.)

Il medico di reparto prescrive le protesi, ortesi e ausili per i pazienti ricoverati per i quali sia stata certificata la contestuale necessità ed urgenza prima della dimissione, **a fronte di una menomazione grave e/o permanente**, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo.

#### **4) DIMISSIONE DEL PAZIENTE CHE NECESSITA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE SUCCESSIVA AL RICOVERO :**

##### **A) LA DIMISSIONE CONCORDATA**

Le dimissioni ospedaliere di pazienti portatori di bisogni assistenziali, sanitari e sociali complessi devono essere adeguatamente programmate( almeno quattro giorni lavorativi prima della dimissione ) con la definizione di un piano di assistenza individuale.

Il Medico dell'U.O., facendo ricorso anche al parere clinico degli Specialisti presenti nella Struttura (Equipe Multidisciplinare) che hanno eseguito eventuali consulenze specialistiche durante il ricovero, contatterà il PUA ( Punto unico di accesso) utilizzando l'apposita modulistica, fornendo ogni indicazione utile e prenotando le eventuali consulenze specialistiche post ricovero in caso di dimissione protetta.

**N.B. La dimissione non potrà avere luogo senza la valutazione di cui sopra.**

La dimissione andrà concordata con il MMG e il responsabile dell'ADI nei casi di bisogni assistenziali non complessi.

##### **B) LA DIMISSIONE PROTETTA**

Per un migliore utilizzo delle risorse disponibili, possono essere svolte le attività di controllo o di completamento delle indagini post ricovero, attraverso ulteriori e ravvicinati accessi del paziente mantenendo il regime di Ricovero Ordinario (Dimissione Protetta ).

Dal punto di vista clinico a questa situazione corrisponde un unico Ricovero Ordinario, variamente articolato nel tempo, e remunerabile nel suo insieme,dalla tariffa forfettaria attribuita al DRG che caratterizza l'intero episodio assistenziale.

Dovranno essere considerati accessi in Dimissione Protetta tutti quelli programmati al momento della dimissione **e legati alla patologia che ha originato il ricovero stesso**, da effettuare entro 30 giorni dalla dimissione e che completano il profilo di cura iniziato con il ricovero o che hanno il fine di completare l'iter diagnostico-terapeutico.

Rientrano in questa tipologia le prestazioni specialistiche ( visite, esami radiografici, RX dopo rimozione di apparecchi gessati per fratture trattate in regime di ricovero ospedaliero, medicazioni, etc.)

- La richiesta di prestazioni specialistiche post ricovero Ospedaliero, deve essere effettuata dal medico della U.O, presso la quale è stato effettuato il ricovero Ospedaliero, che avrà cura di inviare il paziente allo Specialista dell'U.O. per l'erogazione della prestazione richiesta, non oltre i trenta giorni dalla dimissione.
- Devono essere utilizzati appositi moduli di prescrizione interna
- I relativi referti saranno conservati all'interno della cartella clinica del paziente.
- Eventuali prestazioni specialistiche post ricovero non erogate (e non prescritte) dalla U.O. dove e' stato effettuato il ricovero e/o non aventi carattere di prime prestazioni post ricovero, sono soggette al pagamento del ticket (qualora dovuto).
- Il ricovero iniziale, in questo caso, si intende semplicemente sospeso. Gli accessi programmati non determinano l'apertura di nuova scheda di ricovero: la scheda di dimissione (**SDO**) deve essere chiusa solo con il completamento delle indagini previste, indicando come data di dimissione quella dell'ultimo giorno di effettiva degenza.
- Il medico di base dovrà essere informato, con relazione, della dimissione e del completamento dell'iter diagnostico in corso.
- All'atto della dimissione verrà consegnata al Paziente apposita nota con indicazione delle prenotazioni degli accertamenti e della visita di controllo (data e ora).
- Eventuali ulteriori visite specialistiche successive al controllo post ricovero *-ovvero dopo i 30 giorni dalla dimissione-* potranno essere richieste dal Medico di Assistenza Primaria o dallo Specialista stesso, attraverso il sistema CUP.
- **Prestazioni non collegate alla patologia che ha causato il ricovero**, anche se erogate entro i trenta giorni successivi, saranno prescritte su Ricettario SSN e soggette a ticket, se e in quanto dovuto, e prenotate tramite CUP

## 5) PRESCRIZIONE DELLE CONSULENZE SPECIALISTICHE

La richiesta di visita specialistica, effettuata dal Medico di Assistenza Primaria o dal Pediatra di Libera Scelta, da medici specialisti ospedalieri o ambulatoriali , deve essere effettuata utilizzando il ricettario unico Regionale, compilata in maniera chiara e leggibile comprensiva di diagnosi certa o sospetta, biffando la casella (U, B, D, P) , onde ottimizzare i tempi di attesa in relazione a criteri di priorità clinica. Nell'allegato 2 sono indicati i criteri di accesso per priorità clinica.

**Le prescrizioni di accertamenti e visite “non urgenti”, devono intendersi valide per 12 mesi.**

**L'Accesso Diretto** alle Strutture **Specialistiche Pubbliche**, ovvero senza la prescrizione del medico di medicina generale, **ma con regolare prenotazione**, è previsto per le seguenti branche specialistiche:

1. PSICHIATRIA
2. ODONTOIATRIA
3. OCULISTICA(LIMITATAMENTE ALLE PRESTAZIONI OPTOMETRICHE)
4. PEDIATRIA
5. GINECOLOGIA
6. SERVIZI CONSULTORIALI E DI PREVENZIONE
7. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
8. SERVIZIO PSICOSOCIALE
9. SERT

L'accesso diretto dell'assistito è altresì previsto in caso di ricorso a servizi specialistici ospedalieri competenti per la cura dell'uremia cronica in Dialisi, per il Morbo di Cooley e per tutte le attività di screening previste dal SSN.

Il Medico Specialista consultato prenderà in carico il Paziente e ne seguirà l'iter sino ad ottenere la definizione diagnostica conclusiva.

Nel caso lo specialista possa dare una risposta al quesito diagnostico senza ulteriori accertamenti e/o prescrizioni terapeutiche, rilascia un referto, in busta chiusa, indirizzata al MMG o al PLS, utilizzando la modulistica interna con carta intestata, timbro e firma.

Qualora lo specialista ritenga di dover approfondire il quadro clinico o che, per ottenere una diagnosi più precisa, necessita del coinvolgimento di altri Specialisti o di esami di Laboratorio e/o strumentali, li prescrive direttamente utilizzando esclusivamente il Ricettario SSN.

Tali prestazioni sono soggette al pagamento del ticket, quando previsto.

Lo Specialista a conclusione di questo iter, che potrebbe richiedere anche più accessi, fornisce la risposta alla consulenza richiesta con apposito referto medico, scritto in maniera chiara, possibilmente utilizzando un supporto informatico, contenente la diagnosi, gli accertamenti effettuati, il programma di follow-up con la stadiazione di malattia, i recapiti col n° di telefono dello specialista e lo consegna, in busta chiusa, al Paziente.

Salvo le urgenze, lo specialista non deve prescrivere a carico del SSN prestazioni non correlate al quesito diagnostico postogli dal Medico curante.

Per determinate patologie croniche che hanno necessità di frequenti controlli, di cui l'allegato 1 ne riporta alcuni esempi delle branche specialistiche più comuni, può rendersi opportuna e necessaria la presa in carico del paziente da parte dello specialista che avviene per espressa delega, anche per vie brevi (telefonica), da parte del MMG, e, in casi specifici o di urgenza, per iniziativa dello stesso specialista. In questo caso sarà obbligo di quest'ultimo informare il MMG del paziente dell'avvenuta presa in carico dello stesso.

Una volta preso in cura lo specialista ospedaliero o ambulatoriale si farà carico, in prima persona, di tutti gli accertamenti burocratici- amministrativi connessi. La prescrizione di ulteriori accertamenti, la formulazione della diagnosi conclusiva, e/o di un piano terapeutico, la prescrizione della terapia saranno effettuate utilizzando il proprio ricettario SSN con assunzione di responsabilità professionali inerenti il caso clinico (appropriatezza prescrittiva, ordinamento di spesa, gestione del percorso assistenziale, rispetto della normativa di esenzione, rispetto delle norme AIFA etc. ) come previsto dalla vigente normativa in materia. Le visite successive alla prima (visite di controllo programmate) sono gestite direttamente dallo specialista senza ulteriore coinvolgimento del MMG-PLS.

Al paziente si rilascia comunque, ad ogni visita/controllo, un referto contenente il risultato degli accertamenti effettuati e la terapia prescritta.

Il follow-up dei restanti pazienti viene gestito dal Medico curante.

## 6) IL SISTEMA DI ACCESSO ALLE PRENOTAZIONI CUP

### A) ACCESSO ALLA PRENOTAZIONE

Si rivolgono al CUP i cittadini con prescrizione del Medico di Medicina Generale, Pediatra libera scelta o degli Specialisti Ambulatoriali Territoriali ed Ospedalieri.

### B) PRESTAZIONI PRENOTABILI

Attraverso i diversi sistemi di accesso è possibile prenotare:

- la **prima visita** ( primo contatto dell'utente con il CUP);
- i **controlli** successivi o follow-up, ove i tempi di prenotazione sono indirizzati e programmati dallo specialista;
- gli **esami strumentali**
- Le **prestazioni erogate in Libera Professione intramoenia**

La risposta alla prenotazione viene fornita garantendo criteri di equità secondo priorità cliniche in relazione ai bisogni del paziente utilizzando soluzioni quali i percorsi di cura e/o le priorità di prestazioni. I percorsi clinici e i criteri di priorità clinica verranno illustrati in un apposito allegato. Contestualmente verranno riorganizzate le agende di prenotazione del sistema CUP.

I criteri di espletamento delle visite specialistiche ,degli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale urgenti verranno definiti in apposito allegato,così come l'elenco delle patologie, per ciascuna branca specialistica ,per le quali ne è consentita la richiesta .

## **7) LA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA DELLO SPECIALISTA**

Lo specialista deve prescrivere su ricettario SSN:

- la prima terapia
- quando si modifica una terapia in atto

La prescrizione con oneri a carico del SSN deve avvenire nel rispetto delle indicazioni registrate , delle note AIFA e dei piani terapeutici quando previsto.

La ripetizione della prescrizione viene effettuata dal MMG/PLS

## **DISPENSAZIONE DIRETTA DEI FARMACI COMPRESI NEL PHT**

I farmaci del PHT sono dispensati direttamente dai Servizi Farmaceutici Territoriali ,dalle farmacie ospedaliere e per quelli aggiudicati in DPC dalle farmacie convenzionate.

Nel sito aziendale è presente l'elenco dei farmaci del PHT e le modalità di prescrizione/dispensazione.

**I Centri di Riferimento sono tenuti a tenere un Registro a progressione numerica dei Piani Terapeutici e delle relative scadenze.**

I Piani Terapeutici, stilati in triplice copia, dovranno essere trasmessi dal Centro Prescrittore, (che ne conserva copia), rispettivamente al Servizio Farmaceutico Territoriale di competenza (che può procedere direttamente alla consegna dei farmaci) e al Medico di Medicina Generale.

Riferimenti legislativi:

L. 229/99 art. 15( obbligo di appropriatezza);

Decreto legge 30 settembre 2003 n 296, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e integrato dal decreto ministeriale 17/03/2008;

L. 326/03 art. 50;

D.M. 18/05/2004 art. 4 comma 1;

D.M. 26/06/2004;

Circ. Ministero salute 6/07/2004 n° 18516 codifica nazionale esenzioni;

Circolare Assessorato Sanità 10641 del 21/04/2005;

Circolare Assessorato Sanità 24068/3 5/07/2005;

A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009;

A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali interni del 29/07/2009;

A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta del 29/07/2009.



## **Elenco patologie croniche a gestione specialistica**

### **1. Neurologia**

- a) Morbo di Parkinson e Parkinsonismi
- b) Demenze senili degenerative e vascolari
- c) Cefalee croniche
- d) Disturbi ansioso-depressivi
- e) Malattie cerebrovascolari croniche
- f) Epilessia

### **2. Oculistica**

- a) Glaucoma

### **3. Pneumologia**

- a) BPCO
- b) Asma bronchiale
- c) Insufficienza respiratoria cronica
- d) SLA
- e) OSAS - la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (Obstruction Sleep Apnea Syndrome)

### **4. Cardiologia**

- a) Scompenso cardiaco cronico

- b) Cardiopatia ischemica
- c) Insufficienza cardiaca
- d) Aritmie
- e) Ipertensione arteriosa con danno d'organo

## 5. Nefrologia e dialisi

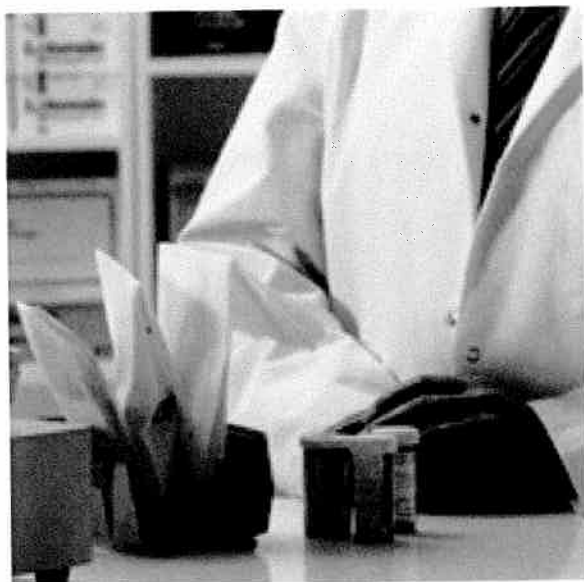
- a) Insufficienza Renale Cronica da tutte le cause in stadio II-III-IV- e in trattamento emodialitico
- b) Glomerulonefriti croniche da malattie autoimmuni
- c) Interessamento renale da crioglobulinemia
- d) Vasculiti con interessamento renale (PAN, Granulomatosi di Wegener, Sdr.Churg-Strauss)
- e) Sdr. Cardio-Renali
- f) Pielonefriti acute e croniche
- g) Malnutrizione calorico -proteica nelle mal. Renali croniche
- h) Nefropatia diabetica
- i) Nefroangiosclerosi ipertensiva
- j) Trattamento medico della Calcolosi renale
- k) Patologie renali in gravidanza

Osservatorio appropriatezza prescrittiva

SANITARIO REGIONE SARDEGNA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.7**

09013 CARBONIA (Carbonia Iglesias)



## **MANUALE OPERATIVO SULLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICETTA**

DOCUMENTO RIVEDUTO E AGGIORNATO DALL'OSSERVATORIO  
DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA A LUGLIO 2011

### Introduzione

Il presente manuale, alla cui stesura hanno contribuito medici di cure primarie, dirigenti medici e altri operatori sanitari e amministrativi, si è reso necessario per dare una risposta ad alcune perplessità, ancora presenti, sulla corretta compilazione della ricetta unificata e fornire un agevole strumento operativo per tutti i prescrittori.

Il nuovo ricettario, ai sensi *l'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n 296, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e integrato dal decreto ministeriale 17/03/2008*, ha introdotto i seguenti elementi:

- ⇒ il blocco Ricettario è assegnato al singolo Medico Prescrittore, identificato anche tramite codice fiscale; il ricettario è personale e deve essere utilizzato esclusivamente per i compiti d'istituto;
- ⇒ la ricetta è predisposta per la lettura informatizzata e per essere stampata preferibilmente con mezzi informatici;
- ⇒ i campi obbligatori (vedi fig. 1) vanno compilati, per evitare successive aggiunte; è richiesta la massima chiarezza e vanno evitate cancellature o correzioni;
- ⇒ è introdotta la possibilità di una etichetta adesiva per garantire la riservatezza, oscurando il nominativo qualora richiesto dall'assistito (esclusivamente per le prescrizioni farmaceutiche);
- ⇒ l'assistito viene identificato (in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale) tramite codice fiscale (riempimento obbligatorio da parte del medico); a regime il codice sarà stampato nel formato "codice a barre"; non è più richiesta la segnalazione di sesso ed età; N.B il campo non deve essere compilato nel caso di assistiti esteri ( "tipo ricetta" EE oppure UE )
- ⇒ Il campo codice fiscale deve essere compilato con il codice STP nel caso di stranieri non in regola temporaneamente presenti sul territorio;
- ⇒ la compilazione della matrice non è più obbligatoria e non deve più essere riconsegnata all'ASL, ma rimane in carico al Medico prescrittore.

Vanno inoltre osservati i seguenti criteri:

- ⇒ nel caso di compilazione manuale, devono essere usate esclusivamente penne stilografiche o a sfera, con inchiostro nero; parimenti per i timbri devono essere impiegati inchiostri neri, non oleosi;
- ⇒ deve essere riportato un solo carattere per casella, senza barrature, lineette, puntini; i caratteri non devono essere legati tra loro;
- ⇒ non devono essere barrate o annullate le caselle non utilizzate, ad esclusione di quelle relative alle note CUF (ora note AIFA devono essere sempre barrate se non utilizzate) e di quanto previsto per le esenzioni di cui al punto 5.
- ⇒ gli allineamenti nelle varie caselle devono essere sempre effettuati a sinistra.

Riassumendo, la ricetta deve essere innanzitutto chiara e leggibile. Si raccomanda pertanto, per i prescrittori che la compilano a mano, di farlo in modo leggibile, **RICORDANDO CHE DEVE ESSERE COMPRESA ANCHE DA OPERATORI NON SANITARI**

**Campi da compilare a cura del prescrittore**

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO / O INIZIALI CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE

INDIRIZZO (CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE CALABRIA

STAMPA PC

A 1 2 3 4 5 6 B 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

CODICE FISCALE

NON ESENTE CODICE ESENZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

(Vedi avvertenze sul retro)

(Barre se non utilizzate)

NOTA CUP

NOTA CUP

S SOGG H RICOV O ALTRO

U B D P

PRIORITA DELLA PRESTAZIONE

PRESCRIZIONE

NUMERO COMPLEZIONI PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TALNET

SALEN PER CHIAS ALTRO

fig. 1

**1. Stampa con mezzi informatici:**

la casella deve essere biffata se la ricetta è stampata con mezzi informatici.

STAMPA PC

**2. Tagliando adesivo:**

da applicare, per oscurare il nominativo, in caso di prescrizioni farmaceutiche, qualora venga richiesto dall'assistito, per garantire la riservatezza.

**3. Dati anagrafici dell'assistito:**





**7. Prescrizione:**

- 8 righe per la descrizione della prescrizione, preferibilmente preceduta dal codice del nomenclatore
  - 1 riga, posta sotto le precedenti, per indicare la diagnosi o il quesito diagnostico.
- Nel caso di visita ad assistiti di Istituzioni Estere il MMG/PLS, per poter essere rimborsato, deve redigere apposita ricetta con indicazione della prestazione erogata (visita ambulatoriale o domiciliare), raccogliere la firma dell'assistito e consegnare la ricetta all'ASL.

PRESCRIZIONE	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

**8. Note CUF( ora AIFA):**

- due gruppi di tre caselle, ciascuno per l'indicazione di una nota CUF – AIFA;
  - le caselle non utilizzate devono sempre essere barrate;
  - per la note “BIS”, aggiungere una B dopo il numero della nota (es. 32B per 32 bis);
- Non è necessaria la doppia firma sulle note CUF.

(barrare se non utilizzato)

NOTE CUF		
NOTE CUF		

**9. Numero confezioni/prestazioni:**

indicare il numero totale di confezioni di farmaci prescritti o di prestazioni specialistiche richieste.

--	--	--

NUMERO CONFEZIONI PRESTAZIONI

**10. Tipologia della prescrizione:**

- **casella “S”:** biffare per indicare una prescrizione suggerita;
- **casella “H”:** biffare per indicare una proposta di ricovero;
- **casella “ALTRO”:** non compilare perché non è stato ancora definito l'utilizzo a livello di contrattazione decentrata

S	H	
SUGG	RIC	ALTRO

**11. Priorità della prestazione:**

In caso di compilazione (biffatura) di questa area, si fa riferimento alle classi di priorità individuate a livello regionale ed alle relative modalità di accesso presenti nel flusso informativo regionale (ASA) di cui alla circolare 13/2003:

- "U" per urgente, da eseguire entro 24 ore;
- "B" per urgente differibile da eseguire entro 7 giorni;
- "D" ordinaria programmabile, da eseguire entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici ;
- "P" per programmata/controllo programmato, da eseguire entro 180 giorni.

U	B	D	P
---	---	---	---

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE



Nel caso vengano indicate le fattispecie dell'urgenza U (entro 24 ore) e B (entro 7 giorni), in assenza di disponibilità in Agenda, l'utente sarà invitato a recarsi direttamente dall'Erogatore presente il giorno.

**12. Tipo ricetta:**

Per gli assistiti del SSN il campo non va compilato. Negli altri casi:

- > soggetti assicurati da istituzioni estere
  - UE: turista europeo,
  - EE: turista extraeuropeo con accordi bilaterali.
- > stranieri non in regola con il permesso di soggiorno
  - ST: per prescrizioni agli STP,
- > assistiti SASN italiani
  - NA: visita ambulatoriale,
  - ND: visita domiciliare.
- > assistiti SASN stranieri
  - NE: per navigante assistito da enti esteri europei,
  - NX: per navigante assistito da enti esteri extraeuropei.

--	--

TIPO DI RICETTA

**13. Data:**

indicare in formato gg/mm/aa.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

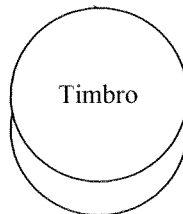
DATA

**14. Timbro e firma del medico:**

Il timbro deve riportare:

- > per MMG/PLS/Medico Continuità Assistenziale: nome e cognome, codice regionale del Medico e numero di telefono;
- > per gli altri prescrittori: nome e cognome, codice fiscale del Medico, Struttura di appartenenza e recapito telefonico.
- > La firma può essere una sigla purchè sempre autografa. da parte del medico che apponendola si assume tutte le responsabilità relative alla prescrizione medica.

..... timbro e firma del medico
------------------------------------



**ATTENZIONE:** i pazienti che si presentano agli sportelli CUP/ticket con ricette che:

- non riportano l'esenzione di competenza del prescrittore;



## Osservatorio appropriatezza prescrittiva

- contengono prescrizioni di branche o prestazioni per cui vale l'esenzione assieme a prestazioni per le quali l'esenzione non è applicabile
- includono più di otto prescrizioni, fatta eccezione per i cicli di medicina fisica e riabilitativa che non possono superare il limite massimo di tre cicli. Nel caso di prestazioni che non recano l'indicazioni del ciclo, il limite massimo rimane sempre di otto prestazioni per ricetta;
- non contengono il codice fiscale;
- non contengono le indicazioni, anche con apposito timbro "Ricorrono le condizioni cliniche previste dal DGR n. 43/9 del 20.12.02", per tutte quelle prestazioni che sono state parzialmente escluse dai LEA (allegato 2B) e che quindi sono erogabili nell'attività diagnostica e terapeutica in determinate condizioni cliniche (es. Densitometria ossea, TENS alto voltaggio, ultrasuonoterapia dinamica, etc)
- non comprendano la compilazione del retro ricetta, in caso di prescrizione a favore di assistiti da Istituzioni Estere, in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia, o documento equivalente

**NON POTRANNO ESSERE PRESI IN CARICO** dagli Operatori e saranno invitati a chiedere al medico prescrittore una nuova ricetta corretta.

### RETRO della RICETTA

Il retro della ricetta va obbligatoriamente compilato in caso di prescrizione a favore di assistiti da Istituzioni Estere in temporaneo soggiorno, in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia, o documento equivalente, nel seguente modo:

**AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrivere a carico del SSN e per proposte di rimborso nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 83/78) nonché nelle Cure di cura private accreditate (autorizzazioni, autorizzazioni del governo regionale o giurisdite ai sensi degli artt. 461 e 462 del CPP). Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

**SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE - FOREIGN SUBJECTS HEALTH INSURANCED**

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO ESTERO / COUNTRY

NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

NUMERO IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORELLAZIONE / AUTENTAZIONE DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA

**ASSISTENZA FARMACEUTICA - AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI**

- 1) La ricetta è spendibile soltanto presso la farmacia ubicata nel territorio della Regione e in quelle sottoposti di ordine provinciale.
- 2) La ricetta di cui alla presente è valida anche in caso di esenzione di pagamento.
- 3) Per la spedizione della ricetta durante il servizio è richiesto il costo dell'invio previsto dalla tariffa nazionale o a carico dell'assistito salvo con il proprio codice fiscale. Il costo prescrizione ovvero per procedure autorizzate dal servizio di assistenza sanitaria.
- 4) Validità quinquennale dall'iscrizione al proprio territorio di residenza.

Data di nascita

Scadenza tessera

#### 1. Istituzione competente:

## Osservatorio appropriatezza prescrittiva

indicare, con allineamento a sinistra, la descrizione ed il codice dell'Istituzione competente.

2. **Stato estero:**

indicare la sigla dello Stato estero (vedi tabella 1)

3. **Numero di identificazione personale:**

indicare, con allineamento a sinistra, il numero di identificazione personale dell'assistito.

4. **Numero di identificazione della tessera:**

indicare, con allineamento a sinistra, il numero di identificazione della tessera dell'assistito qualora non indicato sulla tessera, le caselle devono essere lasciate in bianco;

5. **Firma dell'assistito:**

l'assistito deve apporre la propria firma nello spazio previsto.

6. **Autorizzazioni/annotazioni del Farmacista:**

non deve essere compilato dal Medico Prescrittore.

7. **Data di nascita e scadenza tessera:**

In attesa che le nuove ricette inseriscano i due campi corrispondenti, questi dati dovranno essere inseriti, come indicato nella figura, (Circolare Ministero della Salute prot. DG RUREI/3450/L.b el 6 aprile 2006).



**Si sottolinea l'importanza dell'integrazione di questi due dati, senza i quali l'Azienda Sanitaria non potrà pagare al medico curante la prestazione né ottenere il rimborso, da parte degli Stati Esteri, delle prestazioni erogate agli assistiti.**

A titolo esemplificativo, si riporta una corretta trascrizione dei dati, con apposizione della firma, di un assistito dell'UE (Belgio) in possesso della tessera sanitaria

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDII CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.</li> <li>- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli artt. 460, 461 e 464 del CPP.</li> <li>- Il riasso di fase a chiarazione è punibile ai sensi dell'articolo 76 del DPR 22 dicembre 2000 n. 445.</li> <li>- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.</li> </ul>	
SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE	
5 0 6 M - P - D E - L A - R E G I O N - V A L L O N I E	BE
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION	
2 0 0 6 1 1 0 1 6 0 0	
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER	
0 0 0 0 3 2 1 7 6 8 9	
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD	
	FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE
AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA	
FIRMA DEL MEDICO	FIRMA DEL FARMACISTA
<p>ASSISTENZA FARMACEUTICA - AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI</p> <p>1) La ricetta è spendibile soltanto presso le farmacie ubicata nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.</p> <p>2) La ricetta a fini di spedizione ha la validità di 20 giorni, escluso quello di emissione.</p> <p>3) Per la spedizione della notte durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto da la tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate nei servizi di</p>	
<b>Data di nascita 01/01.1980</b>	<b>Scadenza tessera 01/01.2008</b>

Sarebbe auspicabile che il medico allegasse sempre alla ricetta una fotocopia della certificazione presentata dal paziente.

**CODICI PAESI UE SEE E SVIZZERA**

Belgio	BE	Francia	FR
Repubblica Ceca	CZ	Irlanda	IE
Danimarca	DK	Italia	IT
Germania	DE	Cipro	CY
Estonia	EE	Lettonia	LV
Grecia	EL	Lituania	LT
Bulgaria	BG	Romania	RO
Spagna	ES	Lussemburgo	LU
Ungheria	HU	Portogallo	PT
Malta	MT	Slovenia	SI
Paesi Bassi	NL	Slovacchia	SK
Austria	AT	Finlandia	FI
Polonia	PL	Svezia	SE
Regno Unito	UK	Svizzera	CH
Islanda	IS	Norvegia	NO
Liechtenstein	FL		

Tab. 1

**CONDIZIONI PARTICOLARI**

**Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)**

In applicazione del DPCM 29/11/2001, allegato 2B, la Regione Sardegna con DGR n. 43/9 del 20.12.02, ha individuato alcune prestazioni che sono state parzialmente escluse dai LEA e quindi sono erogabili nell'attività diagnostica e terapeutica in determinate condizioni cliniche.

La prescrizione di queste prestazioni è quindi ancor più soggetta all'obbligo, da parte del prescrittore, delle motivazioni che la rendono erogabile, designando in calce alla ricetta, oltre al quesito diagnostico, anche la dicitura (anche attraverso apposito timbro): "Ricorrono le condizioni cliniche previste dal DGR n. 43/9 del 20.12.02"

L'erogabilità di tali prestazioni, ai sensi dei LEA, non modifica il diritto o meno all'esenzione al ticket.

**Prestazioni totalmente escluse dai LEA**

Le prestazioni extra LEA, che il medico intende proporre, saranno erogate direttamente da un Erogatore in regime di libera professione, in quanto non a carico del SSN.



Il ricettario regionale **NON DEVE** essere utilizzato per richiedere prestazioni nell'interesse privato del cittadino come nel caso di esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo, screening di non comprovata efficacia (tutti a carico del cittadino richiedente) controlli per la medicina del lavoro (a carico del datore di lavoro), o richieste non inerenti lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, ecc...).



**NON POSSONO ESSERE APPLICATE ESENZIONI TICKET PER LE PRESTAZIONI TOTALMENTE ESCLUSE DAI LEA.**

**Prima visita e/o di controllo**

- a) Per prima visita si intende l’accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dall’esplicita dizione di **“primo accesso”** e/o dal codice del nomenclatore (Tab. 2)

LA PRENOTAZIONE VIENE EFFETTUATA SULL’AGENDA DI “PRIMA VISITA” SOLO SE: È **SPECIFICATO** sull’impegnativa che si tratta di una **PRIMA VISITA O PRIMO ACCESSO e/o col relativo codice**

- b) Per visita/esame di controllo/follow (la dicitura da utilizzare è “anamnesi e valutazioni definiti brevi” 89.01) si intendono le visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a:

89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE
95.01	ESAME PARZIALE DELL’OCCHIO
89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO-Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe
89.13	VISITA NEUROLOGICA
89.26	VISITA GINECOLOGICA
89.7	VISITA GENERALE
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL’OCCHIO

- seguire nel tempo l’evoluzione di patologie croniche;
- valutare a distanza l’eventuale insorgenza di complicanze;
- verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell’intervento.

Tab. 2



**Può essere proposta solo entro 45 giorni dalla prima visita, con ECCEZIONE per i pazienti con esenzione per patologia, per i quali il medico può utilizzare il codice 89.01 (visita correlata alla patologia) anche oltre i 45 giorni al fine di monitorare la malattia già diagnosticata.**



In caso contrario è da considerarsi uguale ed equivalente alla prima visita.

### Prestazioni ad ultrasuoni

In caso di richiesta di ecografia trasvaginale e di altra ecografia è necessario compilare due diverse impegnative poiché, nella nostra Azienda, afferenti a due agende di branche diverse.

### Prestazioni ad accesso diretto

In ottemperanza all'art. 24, comma 2 del DPR 314/90 e all'art. 51, comma 6 dell'accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la MG del 20/01/2005, l'assistito **può recarsi direttamente presso le strutture erogatrici**, previa prenotazione al CUP, **senza la proposta** del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per le seguenti specialità:

- Visita odontoiatria -solo prima visita-
- Visita ostetricia e ginecologia -solo prima visita-
- Visita pediatria (per gli assistiti non in carico al PLS)
- Vista oculistica (limitatamente all'esame optometrico)
- Visita psichiatria
- Visita neuropsichiatria infantile

### CODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONI DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

	CATEGORIA DI SOGGETTI	Condizioni	Codici	TIPO ESENZIONE
1	Cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro	E Reddito	O1	Esenti
2	Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8,263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza di coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico	E Reddito	O2	Esenti
3	Titolari di pensione sociale e loro familiari a carico	E Reddito	O3	Esenti
4	Titolari di pensione al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 euro per ogni figlio a carico	E Reddito	O4	Esenti
5	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28/05/1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21/05/2001 n. 296)	O Malattie Croniche	da 01 a 56	Esenti per le prest. correlate
6	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18/06/2001 n. 279	R Malattie rare	da Aannn a Qannn	Esenti per le prest. correlate
7	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 D.M. 18/05/2001 n. 279)	R Malattie rare	99	Esenti per le prestazioni finalizzate alla diagnosi e indagini genetiche

## Osservatorio appropriatezza prescrittiva

8	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1° alla 8° titolari di pensione diretta vitalizia e deportati	G Guerra	O1	Esenti
	in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01/02/1991 ed ex Legge 203/2000)			
	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6° alla 8° (ex art. 8 comma 2 lett. a del D.M. 01/02/1991)		O2	Esenti per le prestazioni correlate alle patologie riconosciute.
9	Grandi invalidi del lavoro-dall'80% al 100% di invalidità-(ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M.01.02.91	L Lavoro	O1	Esenti
	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa >2/3 - dal 67% al 79% di invalidità-(ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01/02/1991)		O2	Esenti
	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa <2/3 - dall'1% al 66% di invalidità-		O3	Esenti per le prestazioni correlate.
	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali		O4	Esenti per le prestazioni correlate.
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1° cat. - titolari di specifica pensione-(ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01/02/1991) comma 1 lett. c del D.M. 01/02/1991)	S Servizio	O1	Esenti
	Invalidi per servizio appartenenti alle cat. dalla 2° alla 5° (ex art. 6 comma 1 lett c del D.M. 01.02.91)		O2	Esenti
	Invalidi per servizio appartenenti alle cat. dalla 6° alla 8°		O3	Esenti per le prestazioni correlate.

Osservatorio appropriatezza prescrittiva

11	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D. M. 01/02/1991)	C Civili	O1	Esenti
	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D. M. 01/02/1991)		O2	Esenti
	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa >2/3-dal 67% al 99% di invalidità-(ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01/02/1991)		O3	Esenti
	Invalidi civili <di 18 anni con indennità di frequenza ex. Art. 1 Legge n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs n. 124/98)		O4	Esenti
	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi con eventuale correzione-riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili- ai sensi dell'art. 6		O5	Esenti
	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata)-ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01/02/1991(ex art. 7 comma 1 lett. f del D. M. 01/02/1991-(ex art. 6 Legge n. 482/68 come modificato dalla Legge n. 68/99)		O6	Esenti
	Legge n. 482/68 come modificata dalla Legge n. 68/99)			
12	Pazienti in possesso di esenzione in base alla Legge n. 210 del 25/02/1992-danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati-(ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs 124/98)	N Legge 210	O1	Esenti
13	Soggetti che abbiano subito ferite e lesioni in conseguenza di atti di terrorismo e di criminalità organizzata (art. 15 Legge 302/90)	V Vittime	O1	Esenti
	Familiari di vittime di atti di terrorismo e di stragi di tale matrice limitatamente a coniuge e figli ed in mancanza di questi, ai genitori (art. 9 Legge 206/04)		O2	Esenti
14	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) in epoca preconcezionale	M Maternità	00	esenti esclusivamente per le prest. di cui al prot. all. A del D.M. 10/09/98
	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) in gravidanza ordinaria		da 01 a 41	esenti esclusivamente per le prest. di cui al prot. all. B del D.M. 10/09/98
	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) in gravidanza a rischio		50	idem.s. all. C del D.M.



Osservatorio appropriatezza prescrittiva

10/09/98

15	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs 124/98)	D Diagnosi precoce	O1	Esenti
	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 lett b della Legge 388/2000)-citologico		O2	esenti esclusivamente per PAP-test ogni tre anni per donne fra 25 e 65 anni
	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 lett. a della Legge 388/2000)-mammografico		O3	esenti esclusivamente per Mammografia ogni 2 anni per donne fra 45 e 69 anni
	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 lett. c della Legge 388/2000)-colon retto		O4	esenti esclusivamente per Colonoscopia ogni 5 anni oltre i 45 anni e per soggetti a rischio
16	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione di organi e tessuti (ex art. 1 comma 5 lett. C del D.Lgs 124/98)	T Donazioni	O1	esenti esclusivamente per le prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione
	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione periodica di sangue (ex art. 1 comma 5 lett. C del D.Lgs 124/98)		O2	esenti esclusivamente per le prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione
17	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV (ex art. 1 comma 4 lett. B del D.Lgs 124/98-prima parte)	H Infezioni da HIV-HCV	O1	esenti esclusivamente per gli accertamenti necessari a diagnosticare la malattia
	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HCV		O2	esenti esclusivamente per gli accertamenti necessari a

## Osservatorio appropriatezza prescrittiva

				diagnosticare la malattia
18	Prestazioni a favore dei detenuti ed internati (ex art. 1 comma 6 del D.Lgs 22/06/1999, n.230)	F Detenuti	O1	Esenti

### Nota ( 3 \*)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice + subcodice) corrispondono alle prime tre cifre del codice della condizione di esenzione ( 0NN-dove N rappresenta un numero). Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per identificativo la "Malattia Ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare":0B02 per le "Malattie cerebrovascolari": 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene,vasi linfatici":0A31 per "Ipertensione arteriosa": 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo"

### Nota ( 4 \*)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+subcodice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

### Nota ( 5 \*)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del subcodice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

### Nota ( 25 \*)

Per le gravidanze fisiologiche sono concedibili, a carico del S.S.N., esclusivamente le prestazioni previste all'All. B del D.M. 10/09/1998

*Le disposizioni aziendali contrarie e/o diverse da quanto contenuto in questo Manuale devono considerarsi superate .*