

## Nuova Ricetta per prescrizioni di prestazioni sanitarie a carico del SSN

Il decreto emanato il 18 maggio 2004 dal Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute pubblicato sul supplemento ordinario n.159 del 25 ottobre 2004 alla Gazzetta Ufficiale n. 251 del 25 ottobre 2004, stabilisce che a decorrere dal **1° gennaio 2005** le prescrizioni di prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio sanitario nazionale sono effettuate esclusivamente mediante l'impiego dei nuovi ricettari conformi al disciplinare tecnico allegato al decreto stesso.

Tali ricettari, a lettura ottica e con carta filigranata di nuovo disegno, consentono di dare attuazione all'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326 recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario.

### Novità:

La nuova ricetta prevede le seguenti innovazioni:

- utilizzo del **codice fiscale dell'assistito** nelle prescrizioni
- abolizione delle caselle sesso/età
- inserimento di un campo (3 caselle) per indicare il numero di confezioni/prestazioni
- **unico modulo** per :
  - o prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio sanitario nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate;
  - o prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale;
  - o prescrizioni delle prestazioni sanitarie, con onere a carico del Ministero della salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile
- introduzione nella ricetta dell'area "**Tipo ricetta**", che serve a identificare la categoria dell'assistito:
  - assistiti SSN: il campo non va compilato, ma può essere adattato a scopi specifici a livello regionale.
  - assistiti SASN (naviganti) italiani e stranieri: il prescrittore procede ad esempio all'inserimento nel campo, dei codici NA per visita ambulatoriale, ND per visita domiciliare, NE per definire l'effettuazione della prescrizione a soggetto assistito da istituzioni

estere europee, NX qualora la prescrizione si riferisca a soggetto assistito da istituzioni estere extraeuropee;

- STP: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice ST;
- Soggetti assicurati da istituzioni estere: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice UE del codice EE nel caso di istituzioni estere extraeuropee con accordi bilaterali.

- Modifica dell'indicazione delle **esenzioni in ricetta**. Scompare la A, ma viene introdotta la lettera N (per indicare chi non ha nessuna esenzione).

~~Per la corretta compilazione delle nuove ricette, sono stati introdotti codici nazionali riguardo alle varie tipologie di esenzione.~~

Si precisa che la Regione Lombardia ha avuto il riconoscimento, da parte del Ministero della Salute, di tener in vigore alcune tipologie di codici (es. stati d'invalidità ed altre condizioni) e pertanto si unisce **tabella unificata delle patologie croniche, rare, stati d'invalidità ed altre condizioni che saranno in vigore a partire dal 1.1.2005.**

- Per gli assistiti UE forniti di tessera europea di assicurazione malattia o documento equivalente, per assistiti EE con i quali vigono accordi bilaterali e per assistiti SASN bisogna compilare il **retro della ricetta**
- **Introduzione del tagliando adesivo** - norme sulla privacy per le prescrizioni farmaceutiche

## Assistenza Farmaceutica

Novità introdotte:

- Abolizione della controfirma sull'indicazione delle **Note CUF** (emendamento in finanziaria 2005).

Le note dovranno essere indicate in apposito spazio (3 caselle), per le note con l'indicazione di Bis (es. **32-bis, 79-bis, 9-bis**) si prevede di scrivere il numero seguito dalla lettera **B**.

Vedi Comunicato AIFA del 04/12/2004

- **Codifica delle esenzioni per la farmaceutica:**

- Esenzione per invalidità:

La codifica regionale (nuova) non è ancora valida per tutti gli invalidi, per evitare problemi si propongono le stesse modalità già oggi in vigore:

- **Invalido con esenzione totale:** inserimento del codice di esenzione e barratura della **R** (da parte del prescrittore)

Oggi:

<del>A</del>	Codice invalidità
<del>R</del>	

Dal 1.01.2005:

I	G	I	I					<del>R</del>	
---	---	---	---	--	--	--	--	--------------	--

- **Invalido con esenzione parziale:** inserimento del codice di esenzione senza barratura della R (da parte del prescrittore)

Oggi:

<del>A</del>	Codice invalidità
<del>R</del>	

Dal 1.01.2005:

I	C	2	0					R	
---	---	---	---	--	--	--	--	---	--

- **Invalido totale con patologia:** inserimento del codice di esenzione seguito da 0A (che indica che ha la patologia per la prescrizione di 3 pezzi) e barratura della R (da parte del prescrittore)

Oggi:

<del>A</del>	Codice invalidità
<del>R</del>	

Dal 1.01.2005:

I	G	1	1	0	A			<del>R</del>	
---	---	---	---	---	---	--	--	--------------	--

- Esenzione per reddito (DGR n. VII/15592) cioè pensionati, ecc:  
Sono in possesso di un certificato numerato progressivamente: si inserisce il numero progressivo del certificato, e si barra la R con la controfirma dell'assistito.

Oggi:

<del>A</del>	Numero progressivo
<del>R</del>	

Dal 1.01.2005:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

<del>R</del>	Firma assistito
--------------	-----------------

- Esenzione per patologia e reddito (DGR n. VII/18475):  
Come oggi, si inserisce il codice di patologia, barrando la R con la controfirma dell'assistito.

Oggi:

<del>A</del>	Codice Patologia
<del>R</del>	

+ firma assistito

Dal 1.01.2005:

0	5	6			
---	---	---	--	--	--

<del>R</del>	Firma assistito
--------------	-----------------

## **Specialistica, ambulatoriale**

Novità introdotte:

### **Priorità della prestazione**

L'avvio, nelle singole regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le Regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia. L'accordo Regionale, ex all. 3, DGR 15324/2003, del 20 maggio 2004, siglato con le organizzazioni Sindacali ~~maggiormente rappresentative dei MMG e dei PLS, ha completato la fase di progettazione delle fasce di priorità e consentito di avviare nel corso del 2004 la fase operativa della sperimentazione nelle varie ASL.~~

Attualmente le fasce previste sono le seguenti:

fascia A (*procedura sollecita*) – prestazione da eseguirsi entro 3 gg

fascia B (*procedura di prima diagnosi*) – prestazione da eseguirsi entro 30 gg per le visite, entro 60 gg. per le prestazioni strumentali

fascia C (*follow up*)

Il medico prescrittore è pertanto tenuto ad indicare sulle prescrizioni previste nella DGR e nell'Accordo locale la priorità secondo le classi sopraspecificate secondo le indicazioni fornite con nota del **4 giugno 2004 prot. 32905.**

### **Distribuzione ricettari ai medici specialisti delle strutture private accreditate e a contratto**

Distribuzione del nuovo ricettario anche ai medici specialisti delle strutture private accreditate per la prescrizione delle sei prestazioni previste dalla DGR 15324/2003 allo scopo di favorire la fluidità del processo diagnostico e meglio definire le responsabilità prescrittive (sia che le prestazioni vengano eseguite all'interno della stessa struttura sia che le prestazioni vengano eseguite presso altra struttura accreditata e a contratto).

I ricettari dovranno avere rigorosamente la stampigliatura della lettera "S" così che sia facilmente identificabile che la prescrizione è stata effettuata nell'ambito della sperimentazione (come da indicazioni fornite con nota del 28.6.2004 prot.n. 36598)

### **Strutture pubbliche intra ed extra ospedaliere abolizione dei modulari interni**

Utilizzo del ricettario unico anche per le prescrizioni prescritte da specialisti delle strutture pubbliche intra ed extraospedaliere per prestazioni da eseguirsi all'interno delle strutture stesse.

Inoltre si ribadisce la necessità che la compilazione della ricetta avvenga in modo corretto seguendo quanto disposto a suo tempo dal Decreto D.G. Sanità n. 32731 del 18/12/2000 "Approvazione delle linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario" (*Ogni prescrizione può contenere prestazioni afferenti ad una sola branca specialistica; la prescrizione NON può contenere prestazioni in esenzione e prestazioni non in esenzione; limite di otto prestazioni per ricetta salvo quanto specificato per le prestazioni di tipo ciclico afferenti alla branca "Medicina fisica", etc.*)