



Servizio Amministrativo dei Distretti

Conegliano, 19 ottobre 2009

Protocollo n. 39524
(da citare nella risposta)

Risposta al foglio n. _____
del _____

Preg.mi Sigg.

- Medici di Medicina Generale
- Specialisti Pediatri di Libera scelta
- Medici di Continuità Assistenziale
- Specialisti Ambulatoriali Interni
- Direttore dell'Ospedale
- Dirigente Medico Resp. P.O. di Conegliano
- Dirigente Medico Resp. P.O. di Vittorio Veneto
- Dirigente Medico Resp. P.O. De Gironcoli
- Direttore di Dipartimento di Prevenzione
- Direttore Distretto Socio Sanitario Sud
- Direttore Distretto Socio Sanitario Nord
- Dirigente Medico Referente Lista d' Attesa
- Responsabile Servizio Qualità
- Responsabile Serv. Amm.vo Ospedaliero
- Responsabile Coord. Uffici Amm.vi U.O.C.P.
- Referente Cup Aziendale
- Responsabile Servizio Farmaceutico
- Responsabile Ufficio Controllo di Gestione
- Responsabile per l'Informatica
- Direzione Associazione La Nostra Famiglia

LORO SEDI

E, p.c.

Al Direttore Generale

Al Direttore dei Servizi Sociali

SEDE

OGGETTO: D.G.R.V. n. 600/07: ulteriori note informative in materia di prestazioni ambulatoriali.

Al fine di migliorare la corretta gestione delle richieste di prestazioni ambulatoriali, si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni specifiche alle quali le S.V. sono invitate a dare la massima diffusione.

Validità temporale delle impegnative

A differenza di quanto previsto per le prescrizioni di farmaci, non esiste una normativa specifica che ponga limiti temporali alla validità delle impegnative per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Pertanto, queste devono essere **sempre considerate valide**.

Un caso particolare è rappresentato dalle prescrizioni ripetitive in favore di soggetti affetti da patologie cronicoinvalidanti o malattie rare con esenzione dal ticket; in questi casi possono essere prescritte sulla stessa ricetta fino ad un **massimo di otto prestazioni** dello stesso tipo (ad es. 8 PT in soggetti in trattamento con anticoagulanti orali), da eseguirsi presso la medesima struttura in momenti successivi, indicati dal medico prescrivente, entro un periodo massimo di tre mesi dalla **prima prestazione**. (Circolare Ministero della Sanità del 08/02/1994).

Distinzione tra “Visite di controllo” e “Prime Visite”

Ai sensi della D.G.R.V. n. 486/04 per “visita successiva o di controllo” si intende quella effettuata entro 30 giorni dalla prima visita, in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente (cartella clinica o scheda) viene aggiornata o modificata.

Indipendentemente dall’arco temporale (dei trenta giorni), sono da ritenersi visite di controllo anche:

- le visite effettuate ai sensi del DM 329/99 (patologie cronicoinvalidanti, e malattie rare)
- le visite per la rivalutazione della terapia e/o di completamento di un percorso diagnostico
- le visite di follow-up (ovvero le visite di controllo periodico a cadenza predefinita senza indicazione di variazione del quadro clinico).

Tutte altre situazioni di richiesta di visita che non hanno le caratteristiche sopra descritte, in particolare quelle che si riferiscono a problemi nuovi in pazienti non esenti per patologia o che vengono richieste dopo i 30 giorni dalla precedente, sono quindi da considerarsi prime visite.

Visite specialistiche esenti per patologia

La Circolare del Ministero della Salute del 13 dicembre 2001, n. 13 (“Indicazioni per l'applicazione dei Regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare”) al punto 5 riporta testualmente:

“Visita specialistica

La prestazione “89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima”, come definita dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, corrisponde alla visita specialistica di controllo. Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01.

Pertanto, l’assistito esente ai sensi del DM 329/1999 e successive modifiche ha diritto alle “visite” specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, **anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.**

Qualora l’assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti.”

Pertanto, per i pazienti esenti per patologia cronica o rara tutte le visite specialistiche inerenti la malattia o le sue complicanze devono essere prenotate come corrispondenti al codice 89.01, anche se il paziente non è mai stato visto presso il servizio/centro o dallo specifico medico (sia esso erogatore pubblico, equiparato che privato pre-accreditato).

E’ opportuno precisare, però, che pur trattandosi, sul piano amministrativo, di controlli, questi possono essere determinati da un aggravamento del quadro clinico che può richiedere, a giudizio del prescrittore, una rivalutazione in tempi brevi e pertanto la richiesta può essere prioritizzata (biffatura delle caselle B e D) ed in questo caso deve essere



sistematicamente accompagnata dalla motivazione clinica. Con queste caratteristiche, la richiesta potrà essere inserita nelle agende prioritarizzate.

Il Referente Cup Aziendale avrà cura di predisporre i relativi percorsi nelle agende cup delle singole UU.OO. in accordo con i relativi Direttori.

Visite e/o accertamenti finalizzati al rilascio/rinnovo della patente di guida

Trattandosi di prestazioni non comprese nei LEA, sono a pagamento anche per gli esenti ticket a qualsiasi titolo (reddito, invalidità o patologia).

Gestione amministrativa delle visite programmabili ad accesso diretto (senza necessità di impegnativa)

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali programmabili erogate nell'ambito del SSN richiede la presenza di una prescrizione sul ricettario regionale (ricetta rossa) eseguita da un medico abilitato all'utilizzo di tale ricettario.

Le uniche eccezioni a questa regola generale previste dalla normativa si riferiscono ad alcune prime visite specialistiche (Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale art. 51 comma 6) per le quali è possibile "l'accesso diretto" dell'utente allo specialista presso strutture pubbliche, ovvero senza l'impegnativa di invio del curante.

Ciò premesso, si ricorda che, le prestazioni per le quali è possibile l'accesso diretto, sono le seguenti prime visite specialistiche:

- 1- visita odontoiatrica
- 2- visita ginecologica e ostetrica
- 3- visita oculistica (solo per valutazione optometrica, ovvero per prescrizione lenti, Cod. Tariffario 95.01: "Esame parziale dell'occhio. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali")
- 4- visita pediatrica per i bambini che non sono iscritti presso un pediatra di libera scelta
- 5- colloquio psichiatrico, visita neuropsichiatrica infantile, colloquio psicologico

Il paziente che richiede le prestazioni di cui ai punti da 1 a 4 deve rivolgersi comunque ad uno qualsiasi degli sportelli del CUP o call center Aziendale per la prenotazione, dove la richiesta sarà prenotata sempre in classe "P" programmabile, inserita in regime SSN, pur non in presenza di impegnativa (rossa). Si sottolinea che nei casi **descritti non è necessario che lo specialista che esegue la prestazione compili un'autoprescrizione per la visita eseguita.** Le prestazioni registrate ed erogate come descritto verranno correttamente gestite ai diversi livelli, compresa la valorizzazione per l'eventuale mobilità.

Qualora l'utente sostenga di essere esente per motivi di reddito/età, dovrà autocertificare tale situazione utilizzando il modello previsto, fornito dagli operatori e allegarlo al foglio di prenotazione. Qualora la prenotazione venga eseguita al call center, l'assistito prima di eseguire la visita formalizzerà presso il cup il diritto all'esenzione.

Nel caso in cui il paziente richieda una visita ad accesso diretto sia esente per patologia, dato che l'attestazione del diritto all'esenzione per la specifica prestazione deve essere fatta da un medico, in questo caso il CUP lo prenoterà, ma successivamente lo specialista dovrà asseverare lo stato di esenzione compilando l'apposito modulo .

Se invece l'utente non ha diritto all'esenzione, sarà tenuto al pagamento del ticket.

Fanno eccezione a questa modalità di accesso il colloquio psichiatrico e il colloquio psicologico (per i quali è necessario rivolgersi al Dipartimento di salute mentale).



Ricetta con più prestazioni della stessa branca non “garantibili” nella medesima struttura :

Talvolta l'erogazione di più prestazioni di medesima branca specialistica, contenute in un'unica ricetta, può trovare i tempi di attesa minori solo in strutture diverse (in particolare: erogatore pubblico ed erogatore privato). In tal caso, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di n. prestazioni prescrivibili per ricetta, si può prenotare prestazioni della medesima branca specialistica, seppur non garantibili nella stessa struttura, anche in altra struttura dei centri erogatori di questa ULSS, garantendo al paziente il tetto massimo di ticket previsto per ricetta, utilizzando la seguente modalità, già in uso: ricetta originale presso la struttura in cui viene pagata la ricetta ed erogata una delle prestazioni richieste, fotocopia della medesima riportante la dicitura: “originale presso struttura di.....” il centro erogatore dove viene eseguita la prima prestazione.

Richieste di completamento della prestazione in regime SSN

Va ribadito il principio generale che il sistema CUP può prenotare esclusivamente ciò che è richiesto nell'impegnativa dell'inviante. Qualora gli specialisti che eseguono le prestazioni ritengano opportuno o necessario completare il percorso diagnostico con altre prestazioni (esempi: mammografia bilaterale che richiede anche visita senologica ed ecografia, visita proctologica che richiede anche rettoscopia, EGDS che richiede anche biopsia ecc.), essi devono provvedere direttamente alla prescrizione delle stesse sui propri ricettari, sia nel caso che le prestazioni aggiuntive vengano erogate nella stessa seduta (in questo caso le prestazioni o le variazioni devono essere inserite nel sistema informatico con le procedure in uso presso ogni UO), sia nel caso esse debbano essere programmate in momenti successivi. Si ricorda che l'utente, in entrambi i casi, è tenuto (se dovuto) al versamento di un ulteriore ticket per la prestazione erogata. Questa modalità di operare deve essere sistematica per gli specialisti che operano presso strutture pubbliche o equiparate, mentre nel caso degli specialisti che operano presso strutture pre-accreditate, questa possibilità di ricettazione deve avvenire nei limiti previsti dalle indicazioni regionali (DGRV 4548/2008 avente per oggetto: prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale: impiego dei ricettari standardizzati del S.S.N. ex art. 50 Legge 326/03).

Stante la delicatezza dell'argomento e le relative implicazioni derivanti dalla corretta applicazione delle presenti disposizioni si invitano le SS.LL., per le parti di rispettiva competenza, di voler partecipare ad ogni singolo interessato la presente, raccogliendone la firma per presa visione, al fine della puntuale applicazione di quanto indicato.

Nel ringraziare per la consueta collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

- Dott. Eugenio POSSAMAI -

IL DIRETTORE SANITARIO

- Dott. Sandro CINQUETTI -

IL PRESENTE DOCUMENTO E' SCARICABILE SUL SITO WWW.ULSS7.IT

Resp. Procedimento:
C. Celletti 0438/663461
F. Roma 0438/663325
Resp. Istruttoria
G. Antiga 0438/663265