



Il Sistema delle Relazioni tra livelli di cura

(Assistenza Sanitaria Primaria e Assistenza Specialistica)

Revisione	Data di Redazione	Descrizione delle modifiche	Redazione
0	04.12.2017	Prima emissione	Direzione Sanitaria ATS Brianza Dip. Cure Primarie ATS Brianza Comitato aziendale MG Direzioni Sanitarie ASST Lecco- ASST Monza- ASST Vimercate

Sommario

1	Premessa generale	4
1.1	Legge regionale n. 23/2015 e il Sistema delle Relazioni tra Cure Primarie e Cure Specialistiche.....	4
1.2	Diritti e doveri dell'assistito per l'accesso al sistema sanitario	5
1.3	Reclami e segnalazioni.....	6
1.4	Scopo del documento.....	6
2	Le modalità prescrittive.....	7
2.1	Il Ricettario e la Ricetta Dematerializzata.....	7
2.1.1	La Ricetta dematerializzata.....	7
2.1.2	Cosa può essere prescritto con il Ricettario Regionale	8
2.1.3	Cosa non può essere prescritto con il Ricettario Regionale	9
2.1.4	Certificati telematici di malattia	10
2.2	Visite specialistiche.....	12
2.2.1	Prime Visite e prime prestazioni diagnostico terapeutiche	12
2.2.2	Accesso diretto	14
2.2.3	Prescrizione di prestazioni particolari	14
2.2.4	Obbligo del quesito/sospetto diagnostico prevalente	14
2.2.5	Passaggio in cura	15
2.2.6	Possibili errori di compilazione.....	15
2.2.7	La prescrizione agli stranieri (Allegato 1)	16
2.2.8	Prenotazione della prestazione	17
2.2.9	Esecuzione della prestazione, richiesta approfondimenti e comunicazione degli esiti	17
2.3	Il Ricovero	18
2.3.1	Richiesta di ricovero	18
2.3.2	Prestazioni correlate al pre e post ricovero	19
3	Ambiti e livelli di cura: gli strumenti del governo clinico	21
3.1	PDTA e PAI	21
3.2	Governo della domanda	21
3.2.1	Titolarità e responsabilità del gestore nella presa in carico del paziente cronico	21
4	Monitoraggio del documento.....	23
4.1	Gli strumenti di monitoraggio	23
4.2	Le azioni di monitoraggio	23
4.3	Azioni da sviluppare.....	23
	Riferimenti normativi	24
	Schema di Monitoraggio e Valutazione di applicazione del documento	25
	Iter di approvazione documentale	26

ACRONIMI

Tabella 1: Acronimi

Acronimo	Descrizione
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
BIC	Prestazioni di Chirurgia a Bassa Complessità Operativa e Assistenziale
CNS/CRS	Carta Nazionale dei Servizi/ Carta Regionale dei Servizi
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DPC	Distribuzione per Conto
IRCSS	Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico
IUP	Identificativo Unico della Prenotazione
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MAC	Macroattività Ambulatoriale Complessa
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MMG	Medico di Medicina Generale
NRE	Numero Ricetta Elettronica
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PDF	Pediatra di Famiglia
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
RIA	Istituti di Riabilitazione ex IDR art 26
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RSD	Residenze Sanitarie per Disabili
RUR	Ricettario Unico Regionale
SAC	Sistema di Accoglienza Centrale
SISS	Sistema Informativo Socio Sanitario
SSR/SSN	Servizio Sanitario Regionale/Servizio Sanitario Nazionale
TDL	Terapia del Dolore Severo
UdO	Unità d'Offerta
UPT	Ufficio di Pubblica Tutela
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

1 Premessa generale

L'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, avviata con la legge regionale n. 23/2015, ha tra le sue caratteristiche peculiari i seguenti aspetti: l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cure per i malati cronici e i pazienti acuti post-degenza; il rafforzamento di alcuni contenuti già presenti nella legge regionale n. 33/2009 quali la libertà di scelta, la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo, l'appropriatezza e l'implementazione della rete sanitaria, sociosanitaria ospedaliera e territoriale.

La l.r. 23/2015 segna pertanto in modo definitivo il passaggio "dal curare al prendersi cura" e "dalle prestazioni alla presa in carico", evitando la frammentazione dei processi e promuovendo la costruzione di un percorso di cura integrato, definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda.

La l.r. 23/2015 ha come obiettivo prioritario la ridefinizione dell'intera filiera di servizi al fine di rispondere ad una logica unitaria in grado di superare i tradizionali confini tra Ospedale e Territorio, integrando gli ambiti di intervento sanitari, sociosanitari e sociali, garantendo la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso preventivo, diagnostico – terapeutico e assistenziale.

Si rende necessario, in quest'ottica, **il superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona**, sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi bisogni al fine di promuovere la dignità della persona e la qualità della vita e quindi la salute nelle sue diverse dimensioni¹.

1.1 Legge regionale n. 23/2015 e il Sistema delle Relazioni tra Cure Primarie e Cure Specialistiche

Con l'istituzione delle ASST e la loro configurazione organizzativa in settori ospedaliero e territoriale si enfatizza ulteriormente la necessità di un raccordo con il sistema di cure primarie, rispettoso dei differenti ruoli, tenendo presente l'obiettivo della presa in carico.

Pertanto deve essere definito un sistema di regole (il presente documento sulle relazioni) che presidi il rapporto tra il Sistema delle Cure Primarie con le articolazioni organizzative delle ASST avendo ad oggetto gli ambiti operativi collegati alla presa in carico ed alla erogazione dell'assistenza.

Alla base del sistema di relazioni si pone la condivisione di regole sul corretto utilizzo dei relativi strumenti di comunicazione (ricettario, lettera di dimissione, referti e altri raccordi anamnestici), la condivisione di PDTA, Linee Guida, protocolli tecnico-professionali, e le procedure di invio ed accesso facilitate per approfondimenti diagnostici, consulenza, supervisione, passaggio in cura e di procedure che favoriscano la collaborazione con la rete di offerta sociale e sociosanitaria.

¹ Art.1 Codice Deontologico

1.2 Diritti e doveri dell'assistito per l'accesso al sistema sanitario

In tale contesto occorre precisare le indicazioni deontologiche e convenzionali², che di seguito si riportano, che segnano i confini della Medicina Generale/Pediatria di Famiglia definendo all'interno della relazione medico-paziente i reciproci diritti e doveri:

- ❑ visite nello studio del proprio medico;
- ❑ visite domiciliari solo in caso di non trasferibilità per ragioni sanitarie;
- ❑ eventuali richieste di prescrizioni, solo se reputate necessarie dal medico stesso, in ordine:
 - ✓ accertamenti biochimici e strumentali conseguenti la visita;
 - ✓ primo accesso alla medicina specialistica;
 - ✓ ricovero ospedaliero;
 - ✓ prescrizioni di farmaci;
 - ✓ multiprescrizione di specialità medicinali (D.L. 90/2014);

- ❑ Il rispetto dei diritti fondamentali della persona così come previsto dal codice deontologico che regola la professione medica;
- ❑ Il trattamento e alla trasmissione riservata dei suoi dati;
- ❑ una tempestiva e corretta informazione sulla diagnosi e sulla prognosi; un'attività da parte del medico curante improntata alla disponibilità, all'attenzione ai bisogni della persona in particolare nei confronti di coloro che necessitano di maggior protezione;
- ❑ costante aggiornamento professionale

D'altro canto, nella dinamica di ogni rapporto basato sulla fiducia, l'assistito nei confronti del proprio medico curante deve :

- ❑ rispettare la dignità e l'indipendenza professionale del proprio medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta;
- ❑ non sollecitare il medico alla prescrizioni di farmaci, accertamenti e/o visite. L'atto medico è una competenza specifica, non delegabile del medico curante;
- ❑ non sollecitare il medico ad atti non coerenti con le indicazioni normative regionali e/o nazionali (es. prescrizione di farmaci al di fuori delle indicazioni delle note AIFA o delle indicazioni in scheda tecnica);
- ❑ non sollecitare il medico nella trascrizione di quegli accertamenti che devono essere prescritti su ricettario regionale dai medici specialisti;
- ❑ Non richiedere al medico l'utilizzo di procedure per l'esecuzione di accertamenti e/o visite in tempi solleciti quando non ritenuto opportuno dallo medico stesso;

- ❑ non richiedere "impegnative a posteriori" per prestazioni di fatto già eseguite o richiedere al medico curante impegnative per prestazioni già prenotate;
- ❑ ove si rechi senza consultarsi con il proprio medico curante da uno specialista privato o pubblico in regime di libera professione ponendosi per sua libera scelta al di fuori del sistema sanitario pubblico, non può pretendere la trascrizione automatica delle proposte (accertamenti, farmaci). Una scelta autonoma privata, se pur legittima, non può comportare infatti necessariamente un onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- ❑ verificare la correttezza delle prescrizioni e segnalazione al medico eventuali difformità e/o segnalazioni in un'ottica di ruolo proattivo del paziente o suo caregiver.

² Art. 1,3,4,6,10,11,13,19,20 del Codice Deontologico

1.3 Reclami e segnalazioni

Il sistema sanitario garantisce ai cittadini la possibilità di segnalare eventuali inconvenienti riscontrati nell'attività dei soggetti che operano a vario titolo nell'area dell'assistenza sanitaria: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale, i medici specialisti, gli operatori di "front office".

Le eventuali segnalazioni riguardanti la rete di offerta (strutture erogatrici, cure primarie, servizi di prevenzione) possono essere inviate al Dipartimento Cure Primarie (segnalazioni@ats-brianza.it) che, di concerto con l'URP, provvede ad avviare una procedura con l'obiettivo di evidenziare eventuali responsabilità contribuendo al miglioramento del sistema di accesso alle cure/presa in carico.

Ulteriore strumento istituito presso la ATS è l'UPT (Ufficio di Pubblica Tutela) che raccoglie richieste, segnalazioni e reclami avanzati dal cittadino che ritenga lesa un proprio diritto o abbia riscontrato problematiche riferibili ai Servizi dell'ATS, alle Case di Cura private, agli Ambulatori privati accreditati, alle strutture UdO socio sanitarie.

1.4 Scopo del documento

Tutto quanto premesso, il presente documento si pone l'obiettivo di valorizzare la relazione tra professionisti come elemento qualificante del processo di presa in carico globale del paziente e di sviluppare un sistema territoriale in cui vi sia legittimazione reciproca delle professioni e ridefinizione di un sapere integrato.

Si auspica che la precisazione di ruoli e compiti dei MMG/PDF e dei Medici specialisti, attraverso l'uniforme l'applicazione delle norme e il ricorso agli appropriati livelli di assistenza, possa agevolare l'accesso del cittadino-utente alle strutture erogatrici del territorio, evitando che si verifichino disservizi tra MMG/PDF, prescrittori ed operatori addetti ai servizi di prenotazione ed accettazione, riducendo in tal modo il disagio dei cittadini che si vedono contestare o respingere la prescrizione in quanto ritenuta non corretta o incompleta.

Il documento, frutto della condivisione e dell'integrazione tra gli attori del sistema (ATS, ASST, MMG/PDF e in un secondo momento sarà condiviso con le strutture private a contratto) si snoderà attraverso la disamina delle modalità prescrittive, quale strumento per l'accesso alle prestazioni (utilizzo del ricettario, visite specialistiche, ricovero), e gli ambiti e i livelli di cura (PDTA e governo della domanda). L'applicazione delle indicazioni contenute nel documento sarà oggetto di monitoraggio e valutazione attraverso modalità e tempistiche condivise.

2 Le modalità prescrittive

2.1 Il Ricettario e la Ricetta Dematerializzata

Il corretto rapporto tra MMG/PDF e medico specialista non può prescindere dal corretto ed appropriato utilizzo del Ricettario Regionale.

I medici abilitati all'utilizzo del ricettario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono:

- Medici delle ASST e Medici di Strutture Sanitarie di diritto privato accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCSS) di diritto pubblico e privato;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia;
- Medici di Continuità Assistenziale;
- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati;
- Medici di Residenze Sanitarie Assistenziali RSA, RSD, RIA;
- Medici addetti al Servizio di Guardia Turistica.

2.1.1 La Ricetta dematerializzata

La **ricetta dematerializzata** è una prescrizione la cui validità fa riferimento ai soli dati elettronici conservati sui sistemi regionali (SISS) secondo le regole della conservazione sostitutiva e sui sistemi centrali del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

È una ricetta firmata digitalmente identificata da un codice univoco NRE e validata da un codice di Autenticazione generato dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del MEF garantendo la circolarità nazionale delle ricette dematerializzate, affinché per es. una ricetta specialistica o una ricetta farmaceutica non siano erogate due volte in due regioni distinte.

Le **ricette rosse** dovranno progressivamente ridursi e continueranno ad essere utilizzate per la prescrizione di farmaci stupefacenti e sostanze psicotrope (terapia del dolore) (DM 11/2012), ossigeno, farmaci in distribuzione per conto, farmaci che richiedano un piano terapeutico AIFA; per la prescrizioni al domicilio degli assistiti o in RSA (laddove previsto) e in caso di indisponibilità del sistema. La ricetta dematerializzata e la ricetta cartacea RUR sono regolamentate dalle stesse regole prescrittive.

2.1.1.1 Errori di compilazione ed eventuali correzioni

Al riguardo si premette che la **ricetta elettronica** (prescrizione SISS) è una prescrizione redatta dal medico tramite computer, utilizzando i servizi di prescrizione del SISS. I dati della prescrizione SISS sono registrati nel sistema centrale regionale, ma è necessaria la stampa di tali dati su una ricetta del SSN che, corredata dalla firma autografa del medico e dal timbro, assume valore di prescrizione.

Con l'introduzione della ricetta dematerializzata (D.M. 2 novembre 2011) invece è il dato elettronico registrato sui sistemi centrali che assume a tutti gli effetti, sanitari e legale, valore di prescrizione.

La normativa prevede la progressiva sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta generata in modalità dematerializzata. Il promemoria cartaceo rilasciato al cittadino non ha alcun valore di prescrizione e non è assolutamente modificabile.

Con specifico riferimento alla ricetta elettronica, di norma quanto previsto nella prescrizione SISS dovrebbe corrispondere alla ricetta cartacea. Ciò in quanto, a fronte di integrazioni/correzioni effettuate a mano dal medico prescrittore su una ricetta redatta con il SISS, ne consegue una discordanza tra i dati dell'erogato e i dati informatici della prescrizione presenti sia nei sistemi regionali sia nei sistemi centrali del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Difatti, in attuazione del D.M. 14 luglio 2010, dal 1° ottobre 2010, Regione Lombardia è tenuta alla trasmissione telematica al MEF dei dati delle prescrizioni a carico del SSN.

Premesso quanto sopra, si evidenzia che le criticità derivanti dalla presenza di correzioni nella ricetta elettronica possono essere in larga parte evitate con il periodico aggiornamento dei sistemi informatici da parte dei medici prescrittori.

Quale eccezione, nei casi residuali in cui, una volta effettuato l'aggiornamento del sistema informatico, nella ricetta elettronica non compaia l'esenzione che spetterebbe al paziente, si invitano i medici prescrittori (MMG, PDF e medici specialisti) a procedere accertando che il paziente abbia effettivamente l'esenzione. Ove il paziente risulti effettivamente esente è necessario annullare la ricetta elettronica priva di esenzione e compilare una ricetta del SSN in modalità off-line (informatizzata o manuale, comprensiva del codice di esenzione).

Non è pertanto possibile richiedere al MMG o al PDF la riprescrizione della ricetta in quanto la responsabilità medico legale dell'atto medico, ovvero la prescrizione conseguente, è in capo al medico che ha effettuato la prestazione.

2.1.2 Cosa può essere prescritto con il Ricettario Regionale

Sul Ricettario regionale/ricetta dematerializzata possono essere prescritte esclusivamente prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale:

- prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio per risolvere un quesito diagnostico/terapeutico;
- esami che rientrano in programmi di screening di comprovata efficacia (mammografia, pap-test, tumore colon-retto) (L. n. 388/2000). Il SSR prevede peraltro, vista l'importanza della prevenzione individuale nelle politiche sanitarie, una serie di esenzioni, quali D01 prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione, D02 per Pap Test ogni tre anni, D03 mammografia ogni due anni; D04 colonscopia ogni cinque anni; D05 prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella);
- farmaci e presidi a carico del SSN nel rispetto della scheda tecnica e delle note AIFA;
- ricoveri (MMG/PDF, Medici specialisti di struttura pubblica o privata accreditata e a contratto, MCA, Medici Guardia turistica o dell'emergenza) tramite scheda Allegato E (ACN vigente);
- Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) (solo Medici specialisti di struttura pubblica o privata accreditata e a contratto. Le prestazioni sono da effettuarsi presso la struttura di appartenenza);
- Prestazioni di Chirurgia a Bassa Complessità Operativa e Assistenziale (BIC).

Ogni ricetta può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un massimo di 8 prestazioni (preferibilmente indicare anche il codice del nomenclatore).

Prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse.

Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel Decreto del Ministro della Sanità n. 150 del 14/09/1996, e s.m.i., che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli, fatte salve le specifiche patologie che sono individuate con il DM 20/10/98, avente come oggetto "Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione".

L'afferenza alla branca può essere riscontrata dal codice della prestazione di cui al nomenclatore tariffario che deve essere apposto di norma sulla ricetta.

Non è ammessa la prescrizione contestuale sulla stessa ricetta di prestazioni specialistiche per le quali l'assistito è esente e prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

Non sono conteggiate nelle 8 prescrizioni: prelievo di sangue venoso, prelievo di sangue capillare, prelievo di sangue arterioso, prelievo microbiologico.

L'impegnativa per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici **ha validità di un anno** dalla data di compilazione alla data di prenotazione. L'impegnativa per la prescrizione di specialità farmaceutiche ha una validità di 30 giorni dalla data di compilazione.

Riguardo alla validità della ricetta, il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, **in momenti diversi**, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 6 mesi dall'effettuazione della prima prestazione, come previsto nella DGR n. 2633 del 06.12.2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012".

2.1.3 Cosa non può essere prescritto con il Ricettario Regionale

Il ricettario regionale **non** può essere utilizzato per le prestazioni preliminari ai ricoveri o correlate a prestazioni escluse dai LEA:

- 1 per richiedere prestazioni nell'interesse privato del cittadino come nel caso di esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, o accertamenti a carico di Assicurazione Sanitarie Private, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo, **eccetto** le visite mediche per rilascio delle certificazioni di idoneità sportiva agonistica in soggetti minorenni e disabili);
- 2 accertamenti che precedono interventi di chirurgia estetica, implantologia o cure estetiche in ambito odontoiatrico (es. TAC arcate dentarie o ortopantomografia per implantologia o estetica);
- 3 per controlli per la medicina del lavoro (a carico del datore di lavoro) o richieste che non riconoscono quale motivo di prescrizione un dubbio/quesito diagnostico;
- 4 per comunicazioni con l'ATS, per certificati di malattia, per certificazioni a corredo della domanda invalidità, etc;
- 5 nell'espletamento dell'attività libero professionale dei MMG/PDF e degli specialisti sia intramoenia che extramoenia.

Altresì non può essere utilizzato per la prescrizione di farmaci in fascia C (eccetto farmaci per malattie rare), nonché per la prescrizione dei **farmaci compresi nella tabella medicinali, sezione A del DPR 309/1990**, con l'eccezione dei farmaci per la terapia del dolore (ex allegato III bis sez A) per i quali va compilata la ricetta a ricalco.

Durante il ricovero è compito della struttura fornire i farmaci prescritti dal medico specialista, di conseguenza non può essere richiesta al MMG/PDF la prescrizione di tali farmaci, né lo specialista può prescriberli su ricettario SSN.

L'ATS promuove la continuità dei percorsi di controllo presso la stessa struttura.

È posta in capo allo specialista la prescrizione diretta degli accessi successivi (con ricetta dematerializzata o, nei casi residuali previsti dalla norma, con ricettario regionale rosso) per consentirne la prenotazione immediata quando la necessità e la tempistica di ulteriori controlli clinici si pongano entro un intervallo di tempo pari a un anno, secondo l'abituale programmazione del follow up del paziente. Sarà cura della struttura erogatrice garantire l'accesso nei tempi indicati dallo specialista.

2.1.4 Certificati telematici di malattia³

L'articolo 7, DPCM del 26 marzo 2008, definisce come "certificato di malattia": *"L'attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinata a provare la verità di fatti direttamente rilevabili dal medico curante nell'esercizio della professione, che attesti l'incapacità temporanea al lavoro, con l'indicazione della diagnosi e della prognosi, di cui all'articolo 2, comma 1, decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito con modificazioni dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33"*.

In attuazione di tale norma, il Ministero della salute ha emanato, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito l'INPS, il Decreto 26 febbraio 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010. Tale Decreto definisce le modalità tecniche di predisposizione e invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia e rende la trasmissione telematica dei certificati di malattia da parte di qualsiasi medico iscritto all'albo un obbligo di legge.

Tutti i medici, e quindi anche i medici specialisti dipendenti o convenzionati, qualora la situazione clinica comporti un'inabilità lavorativa sono tenuti al rilascio della certificazione di malattia.

A titolo di esempio, ci si riferisce alla certificazione di malattia a seguito di prognosi alla dimissione dai reparti di ricovero o dal Pronto Soccorso o alla visita specialistica ambulatoriale.

In nessun caso il cittadino deve essere rinviato al Medico di Medicina Generale per la formulazione e la trasmissione del certificato. In via eccezionale, qualora le strutture sanitarie ospedaliere siano impossibilitate alla trasmissione telematica, al lavoratore deve essere rilasciato il certificato cartaceo; quest'ultimo provvederà a trasmetterlo all'INPS con le modalità previste oltre alla copia priva di diagnosi al proprio datore di lavoro.

E' bene sottolineare che, qualora il sistema informatico interno degli ospedali non sia funzionante, il medico accederà al portale web del "Sistema TS" (www.sistemats.it) e da lì compilerà il certificato di malattia. Nel caso in cui, il medico della struttura ospedaliera, sia impossibilitato all'invio anche tramite il Sistema TS, segnalerà alla propria Direzione Sanitaria il caso inevaso per gli opportuni provvedimenti.

Analoga segnalazione verrà fatta alla ATS dai Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità assistenziale, Pediatri di Libera scelta qualora si configuri l'inefficienza di cui sopra.

Si richiama il front office della struttura, il personale infermieristico e amministrativo a prestare la massima attenzione nel fornire la corretta informazione.

Il medico di continuità assistenziale è tenuto a rilasciare certificazione di malattia, se ne ravvisa la necessità, per una durata massima di tre giorni. (circolare INPS 176/1982)

L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica d'inabilità lavorativa per malattia, ovvero la reiterazione dell'inosservanza, si configura come illecito deontologico ai sensi dell'art.24 del Codice Deontologico che recita testualmente *"Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati"*.

Si ricorda altresì che il mancato rilascio al termine della prestazione medica (della dimissione ospedaliera, della visita specialistica, del Pronto Soccorso, del MMG, della Guardia Medica) del certificato telematico di malattia a chi ne ha diritto potrebbe configurarsi quale reato di omissione di atti d'ufficio.

Ogni difformità al riguardo comporterà, previa eventuale verifica da parte di ATS alla segnalazione ai soggetti competenti e in particolare le strutture sanitarie e gli Ordini dei medici per i provvedimenti di competenza.

³ Art. 20,24 Codice Deontologico

In sintesi: nelle due aree (Cure Primarie e Cure Specialistiche) il ricettario deve essere utilizzato per le seguenti attività:

Per il Medico Specialista:

1. **Prestazioni** di norma correlate alla propria branca specialistica:
 - di specialistica ambulatoriale
 - di diagnostica strumentale
 - di laboratorio
 - MAC
 - BIC
2. **Ricovero:** richiesta diretta
3. **Farmaci**, rispettando le seguenti indicazioni:
 - limitazioni prescrittive (Note AIFA, Indicazioni Scheda Tecnica, Piano Terapeutico)
 - in fascia C a carico SSR per esenti Malattie Rare
 - inclusi nel doppio canale e nella distribuzione per conto (DPC) non possono essere prescritti nella medesima ricetta di farmaci rientranti nella farmaceutica convenzionata
4. **Protesi e ausili:**
 - ausili protesici personalizzabili correlati alla branca specialistica di appartenenza
5. **Certificati di malattia:**
 - Per assenze inferiori a 10 giorni
 - Per assenze superiori ai 10 giorni
 - Per evento di malattia successivo al primo anche inferiore a 10 giorni
 - Per Astensione obbligatoria per gravidanza (solo per ginecologi)

Per il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Famiglia:

1. **Prestazioni:**
 - di specialistica ambulatoriale
 - di diagnostica strumentale
 - di laboratorio
 - BIC
2. **Ricovero:** proposta di ricovero
3. **Farmaci**, rispettando le seguenti indicazioni:
 - limitazioni prescrittive (Note AIFA, Indicazioni Scheda Tecnica, Piano Terapeutico)
 - in fascia C a carico SSR per esenti Malattie Rare
 - inclusi nel doppio canale e nella distribuzione per conto (DPC) è necessario redigere ricetta singola
4. **Protesi e ausili:**
 - ausili ad assorbenza per incontinenza stabilizzata
 - ausili per assistenza e gestione al domicilio (letti ortopedici, materassi e cuscini antidecubito, sollevatori, carrozzine di serie, sedie per WC e doccia, rialzo per WC, deambulatori, stampelle e tripodii)
 - presidi per diabetici
5. **Certificati di malattia:**
 - Assenze inferiori a 10 giorni
 - Assenze superiori ai 10 giorni
 - Evento di malattia successivo al primo anche inferiore a 10 giorni
 - Astensione obbligatoria per gravidanza

Il medico di continuità assistenziale, pur essendo inserito nel contesto delle cure primarie, presenta delle limitazioni nell'uso del ricettario, come di seguito specificato:

Per il Medico di Continuità Assistenziale:

1. **Prestazioni** (se ritenuto opportuno rispetto al quadro clinico):
 - di specialistica ambulatoriale
 - di diagnostica strumentale
 - di laboratorio
2. **Ricovero**: (se ritenuto opportuno in caso di urgenza) proposta di ricovero
3. **Farmaci**:
 - per una terapia non differibile e limitatamente al numero di confezioni necessarie a coprire un ciclo di terapia non superiore alle 48/72 ore
4. **Certificati di malattia**:
 - Assenze non superiori a 3 giorni

2.2 Visite specialistiche

2.2.1 Prime Visite e prime prestazioni diagnostiche terapeutiche

Il rispetto dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali costituisce impegno comune delle strutture erogatrici. Con lo scopo di favorire l'attività clinica del medico prescrittore sono state introdotte dal sistema regionale le classi di priorità.

Le classi di priorità da individuarsi obbligatoriamente da parte del medico prescrittore per le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche terapeutiche, tramite l'utilizzo dello spazio "Area di Priorità della Prestazione", presente sul ricettario SSN ma anche nella maschera della ricetta de materializzata, sono:

- **U** = Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore). Si riferisce a prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. L'indicazione di tale classe di priorità non prevede di norma l'apposizione del "Bollino Verde".
- **B** = Breve, entro 10 giorni; si riferisce a prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- **D** = Differita entro 30 giorni visite ed entro 60 giorni per i primi accessi alle prestazioni di diagnostica strumentale; si tratta di prestazioni la cui esecuzione non condiziona a breve la prognosi del paziente;
- **P** = programmabile, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

L'indicazione del campo "classe di priorità" da parte del Medico prescrittore è obbligatoria. Nel caso in cui la classe di priorità non venga compilata si sottintende che le prescrizioni, per volontà implicita dello stesso, ricadono nella classe di priorità P. La ATS verifica e controlla il rispetto delle classi di priorità, anche per tramite delle segnalazioni ricevute dai differenti attori del sistema ovvero dai cittadini.

Premesso che, qualora in considerazione della situazione clinica, il medico ravvisasse la necessità di interventi con caratteristica di "urgenza", si identifica come luogo di elezione il Pronto Soccorso.

All'interno dei criteri di appropriatezza delle prestazioni territoriali, il sistema regionale dà indicazioni alle strutture di differenziare le agende per classi di priorità.

Il medico prescrittore, per favorire la necessità di anticipo diagnostico, ha la possibilità di indicare una classe di priorità tra U, B e D.

Il Medico prescrittore (medico di medicina generale e medico specialista) è tenuto a segnalare la priorità di accesso alle prestazioni sull'impegnativa.

In tema di anticipo diagnostico si sottolinea che l'utilizzo delle classi U, B e D consente l'esecuzione della prestazione entro il tempo indicato dalla classe di priorità assegnata. Per la classe U si ritiene assolutamente vincolante quanto previsto dalla normativa ovvero che la prestazione sia da erogare "nel più breve tempo possibile o entro 72 ore" rendendo il termine temporale delle 72 ore dalla prescrizione vincolante; per le classi B e D, pur essendo connesse all'anticipo diagnostico trattasi di prestazioni differibili con un limite temporale; il rispetto dei 10 e 30 giorni, in caso di impossibilità nel reperimento di spazi per la prenotazione entro tali termini, può escludere dal conteggio le giornate festive e prefestive.

Nel caso di necessità da parte del medico di una prescrizione in classe U (prestazioni da effettuarsi nel più breve tempo possibile o entro le 72 ore), quest'ultimo, deve nella scelta della indicazione della classe di priorità, tenere in debito conto della presenza di giornate prefestive e/o festive.

Il medico prescrittore invita il paziente a presentarsi per la prenotazione della prestazione subito dopo la prescrizione ovvero nel più breve tempo possibile di norma entro 24/48 ore. Questo per permettere alle strutture l'organizzazione dell'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti dalla classe di priorità.

In tal senso ATS e le strutture specialistiche dotate di ricettario forniranno, nelle forme e nei modi ritenuti più opportuni, adeguata comunicazione ai prescrittori.

La prenotazione con classe di priorità B deve essere effettuata nel più breve tempo possibile tenendo conto che, prenotazioni a ridosso dei 10 giorni fissati dalla classe di priorità, non consentiranno, per evidenti ed ovvi problemi organizzativi, l'erogazione della prestazione nei tempi previsti. Quanto sopra a valere anche per la classe D.

In caso di richiesta di prenotazione della prestazione oltre la tempistica indicata dalle classi di priorità (U, B e D) l'assistito non deve ritornare dal Medico curante per un'ulteriore prescrizione o per la modifica della stessa: la struttura infatti può accogliere la prescrizione fissando l'appuntamento nel più breve tempo possibile anche tenendo conto della classe di priorità indicata nella prescrizione.

Nel caso di impossibilità di erogazione da parte della struttura di una prestazione con classe di priorità nei tempi definiti da quest'ultima, è fatto obbligo alla struttura di indicare altra unità di offerta.

Per salvaguardare la corretta relazione medico-paziente, nonché le responsabilità medico legali connesse all'atto medico che genera la prestazione, non è possibile modificare da parte dell'operatore di front office la classe di priorità.

Si precisa infine che al codice di priorità **P** non è associato tempo di attesa predefinito. A cura della struttura è l'erogazione della prestazione nei tempi richiesti qualora il medico prescrittore indichi un periodo temporale definito.

2.2.2 Accesso diretto

2.2.2.1 Accesso diretto per cui non è richiesta la prescrizione del medico curante

Per quanto attiene alle prestazioni non urgenti, l'accesso diretto, senza richiesta del medico curante, è previsto per le specialità di:

- Odontoiatria (l'accesso è limitato alle categorie di utenti indicate nell'allegato 4C (LEA) "criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche");
- ostetricia e ginecologia;
- pediatria (per gli assistiti non in carico al PDF);
- psichiatria;
- oculistica (limitatamente alla visita optometrica);
- neuropsichiatria infantile,

Ai fini meramente amministrativi di rendicontazione delle prestazioni effettuate, queste ultime saranno prescritte su ricettario SSN a cura dello specialista che ha erogato l'attività.

2.2.2.2 Accesso diretto per cui non è richiesta la prenotazione

Sono le prestazioni alle quali è possibile accedere senza bisogno di prenotazione, quali gli esami di laboratorio il cui accesso è libero (salvo alcune tipologie di esami e su indicazioni della singola struttura sanitaria). Per ottenere tali prestazioni in cui non è richiesta la prenotazione, è necessario avere con sé l'impegnativa del curante, la tessera sanitaria ed eventuali attestazioni di esenzione.

2.2.3 Prescrizione di prestazioni particolari

(All. B e C della DGR n. 4716 del 23/01/2013)

Al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva con oneri a carico del SSR delle prestazioni di Genetica Medica di Laboratorio e di Oncologia ed Oncoematologia Molecolare (All. B) ed una reale presa in carico dei pazienti, le prescrizioni devono originare dai medici specialisti di branca specifica in possesso del ricettario regionale. Il MMG/PdF prescriverà tali esami solo su indicazione conseguente a visita specialistica, secondo le modalità (All. C).

A) Richiesta dello Specialista

Lo specialista deve compilare l'impegnativa SSR ed acquisire il consenso informato in duplice copia, di cui una viene trattenuta dal prescrittore e l'altra consegnata al paziente. Al momento del prelievo, il paziente deve consegnare sia impegnativa che consenso informato al laboratorio che ha l'obbligo di conservarli.

B) Richiesta del MMG/PdF

Se la richiesta di prestazioni di Genetica Medica viene effettuata da un Medico di Medicina Generale o Pediatra di Famiglia, essa deve contenere obbligatoriamente, oltre alle prestazioni di cui all'All. B anche la prestazione "Prima visita di genetica medica" cod. tariffario 89.7B.1. Sarà lo specialista a verificare la richiesta e a compilare la modulistica del "consenso informato" che sarà utilizzata come descritto punto A). E' altresì a carico del medico specialista la redazione della ricetta per il lavaggio del Port - A Cath.

2.2.4 Obbligo del quesito/sospetto diagnostico prevalente

La richiesta di indagine, di prestazione o di visita specialistica deve obbligatoriamente riportare il quesito diagnostico prevalente formulato dal Medico prescrittore, in coerenza con quanto previsto dai vigenti ACN per la Medicina Generale (art. 51, punto 2), per la Pediatria di Libera Scelta (art. 50, punto 2), per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2).

Per il medico prescrittore, sia esso MMG/PDF che Specialista, l'obbligo di indicazione del quesito diagnostico risulta essere un adempimento che diventa momento rafforzativo della richiesta diagnostica, esprimendone la motivazione clinica e quindi avvallando la conformità a scelte clinicamente e scientificamente ponderate.

Esprime inoltre una corretta modalità di comunicazione e di indirizzo per l'erogatore che deve utilizzare al meglio l'indicazione diagnostica per effettuare le scelte più opportune dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico per ciascun singolo caso.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il SSN garantisce le prestazioni elencate nel Nomenclatore la cui erogazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore nella maniera più esauriente e circostanziata e ne determina altresì l'onere a carico del SSR. In assenza del quesito, l'Erogatore potrà non erogare la prestazione a carico del SSR.

L'obbligatorietà del quesito diagnostico sussiste anche qualora le richieste siano relative a pazienti esenti per patologie croniche, per malattie rare o per gravidanza (DGR 3993/2015).

Il quesito diagnostico è correlato esclusivamente ad una condizione clinica e quindi la prescrizione non può contenere indicazioni organizzative (es. rinnovo piano terapeutico, rilascio ai fini di verifica dell'idoneità a determinate attività).

2.2.5 Passaggio in cura

La richiesta di passaggio in cura viene formulata dal Medico curante esplicitando per iscritto sulla ricetta "richiedo passaggio in cura" e motivando la scelta. Al di là dell'aspetto formale, è buona regola che in tali casi Medico curante e Specialista condividano, con comunicazione diretta, motivazioni, modalità e durata del passaggio in cura.

Il passaggio in cura deve essere relativo alla singola condizione morbosa (in particolare riferimento alla patologia oncologica e al paziente HIV positivo) che lo ha motivato e si esaurisce di norma con la soluzione della stessa: per le patologie di lunga durata il Medico curante e lo Specialista concordano le fasi delle rispettive competenze, definendo per quel paziente il percorso assistenziale più opportuno.

Lo Specialista può, conseguentemente, assumere in cura diretta il paziente su richiesta motivata del medico di fiducia oppure su propria decisione per urgenti necessità terapeutiche: in tal caso fornirà motivata comunicazione al Medico curante.

2.2.6 Possibili errori di compilazione

I possibili errori di compilazione delle ricette più frequentemente riscontrati riguardano:

- le richieste formulate senza un quesito diagnostico;
- le richieste non riportanti l'esenzione quando il paziente ne ha il diritto, sia per patologia che per condizione;
- le richieste che contengano prescrizioni di branche specialistiche diverse;
- le richieste con compresenza di prestazioni per cui vale l'esenzione assieme a prestazioni per le quali l'esenzione non è applicabile;
- le prescrizioni con numero di prestazioni richieste superiore ad 8 nella stessa ricetta;
- Inserimento del codice di esenzione per la prima visita volta all'attestazione della patologia;
- Assenza della firma del medico;
- Apposizione del timbro senza indicazione del Codice Fiscale del Medico Specialista (per il MMG o PDF è sufficiente il codice regionale);
- Mancata apposizione del TDL (Terapia del Dolore Severo) nei casi previsti norma specifica.

Di seguito si riportano in forma sintetica le modalità di gestione degli errori di compilazione con dettaglio sui casi in cui risulta necessario che l'operatore di sportello reinvii il paziente al proprio prescrittore (medico specialista o medico di medicina generale/pdf):

Tabella 2: Gestione degli errori formali nelle prescrizioni

Tipologia di errore	Casi di rinvio al prescrittore
Assenza del quesito diagnostico nella prescrizione	Eccetto il caso in cui è riportata sulla ricetta un'esenzione della categoria D (screening e prevenzione)
<ul style="list-style-type: none"> - Assenza dell'esenzione - Inserimento del codice di esenzione per la prima visita volta all'attestazione della patologia - Visita specialistica o altra prestazione diversa da quelle specifiche di cui all'esenzione e di cui alle indicazioni regionali in materia di prestazioni esenti in applicazione dei LEA 	Fatto salvo il caso in cui il paziente sia disposto a corrispondere la quota di compartecipazione
Prestazione con IUP ma corretta manualmente (IUP non valido)	Fatta salva la possibilità, in determinati frangenti, di erogare solo quanto previsto dallo IUP (es: prestazione A prevista dallo IUP + prestazione B aggiunta a mano → possibilità di erogazione della sola prestazione A)
Impegnative riportanti oltre 8 prestazioni	Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel Decreto del Ministro della Sanità n. 150 del 14/09/1996, e s.m.i., che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli, fatte salve le specifiche patologie che sono individuate con il DM 20/10/98, avente come oggetto "Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione". Non sono conteggiate nelle 8 prescrizioni: prelievo di sangue venoso, prelievo di sangue capillare, prelievo di sangue arterioso, prelievo microbiologico.
<ul style="list-style-type: none"> - Assenza della firma del medico - Apposizione del timbro senza indicazione del Codice Fiscale del Medico prescrittore nel caso di medico specialista - Impegnative riportanti prestazioni specialistiche per le quali l'assistito è esente e prestazioni non erogabili in regime di esenzione - Impegnative riportanti prescrizioni di branche specialistiche diverse 	Le integrazioni/correzioni devono essere necessariamente apportate dal medico prescrittore

Si raccomanda in ogni caso che a fronte di un errore nella prescrizione non sia solo il medico di medicina generale a provvedere alla riformulazione della prescrizione, ma è fatto onere anche al medico specialista la predetta attività qualora risulti essere il prescrittore; in questo senso il front office delle strutture specialistiche deve prestare attenzione a dare la corretta informazione **perché la responsabilità medico legale della prescrizione, in quanto conseguenza dell'atto medico, è in capo al medico prescrittore.**

Le richieste non correttamente formulate dovranno essere segnalate all'ATS al fine di una disamina con i rappresentanti delle strutture all'interno delle attività di monitoraggio del presente documento.

2.2.7 La prescrizione agli stranieri (Allegato 1)

Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni per i cittadini stranieri si rimanda all'allegato 1 che riporta in dettaglio le norme attualmente vigenti.

2.2.8 Prenotazione della prestazione

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale è possibile prenotare visite ed esami solo se in possesso della prescrizione medica (ricetta rossa/ricetta dematerializzata), della Tessera Sanitaria – CNS/CRS ed è effettuabile attraverso i seguenti canali:

- online con PC e smartphone, tramite il Portale Regionale dei Servizi Sanitari;
- con smartphone e tablet, tramite l'app Salutare Prenotazioni;
- attraverso l'ausilio delle farmacie lombarde (aderenti al servizio);
- telefonando al Call Center Regionale 800.638.638, numero verde gratuito da rete fissa, oppure lo 02.99.95.99 da rete mobile, o ai CUP delle strutture sanitarie;
- di persona, presso gli sportelli delle singole strutture sanitarie.

Nel caso di adesione a Governo della Domanda la presa in carico proattiva del paziente comporterà anche la responsabilità delle prenotazioni delle prestazioni per conto dell'assistito da parte dell'ente gestore.

2.2.9 Esecuzione della prestazione, richiesta approfondimenti e comunicazione degli esiti

Lo specialista formula esauriente risposta scritta al quesito diagnostico, compilando una relazione di visita/prestazione ambulatoriale, ricercando soluzioni per evitare dizioni standard, indirizzata "al medico curante" e firmata digitalmente con la carta SISS per permettere, se il cittadino ha dato il consenso, la costituzione del fascicolo sanitario.

Gli Specialisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto (compresi i Medici del Pronto Soccorso) prescrivono direttamente (ACN 23 marzo 2005 e DGR Regione Lombardia VIII/10804 del 16-12-2009) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico, utilizzando il ricettario regionale o la ricetta dematerializzata, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante.

Non sono consentite altre prescrizioni di visite o di accertamenti non precipuamente collegate e finalizzate alla risposta al quesito diagnostico di invio.

I pacchetti MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa) possono essere prescritti solo dagli specialisti che operano presso la Struttura in cui gli stessi vengono erogati. Sono abilitati alla prescrizione gli Specialisti di Strutture pubbliche e di Strutture private accreditate e a contratto.

Sono erogabili in ambito di mobilità sanitaria e quindi possono essere fruiti anche da pazienti di provenienza extraregionale. Le prescrizioni di pacchetti MAC vanno chiuse tassativamente nell'anno di rilevazione. Nella ricetta si possono prescrivere fino ad un massimo di 8 pacchetti, non è possibile invece indicare prestazioni MAC e prestazioni ambulatoriali non afferibili alla MAC (per la quale andrà prevista un'altra ricetta). È necessario indicare la quantità di accessi previsti per ogni tipologia di MAC. Nei casi in cui al momento della prescrizione non sia possibile prevedere il numero di accessi utilizzare la dicitura "quante ne necessitano".

Sono abilitati alla prescrizione di prestazioni di Chirurgia a Bassa Complessità Operativa e Assistenziale (BIC) i Medici abilitati all'uso del ricettario SSR, anche per i cittadini non residenti in Regione Lombardia.

I controlli periodici ed i follow up, sia di breve sia di lungo periodo, devono essere obbligatoriamente prescritti dallo Specialista quando da questi ritenuti necessari e da programmare secondo necessità cliniche non oltre un intervallo di tempo pari a 1 anno, equivalente al tempo di validità della ricetta.

La delibera sul "governo della domanda" pone l'accento sulla necessità da parte degli erogatori di prenotazione dedicate al fine di consentire il "prendersi cura" e della "presa in carico".

Qualora invece lo Specialista ritenesse concluso il percorso di diagnosi e/o cura strettamente specialistico, relazionerà in modo esauriente il Medico curante evidenziando i parametri da tenere eventualmente monitorati nel tempo esprimendo consigli terapeutici ed indicazioni per il successivo follow up, fermo restando la valutazione del medico di medicina generale in merito all'opportunità della prescrizione.

Lo Specialista, oltre al rispetto delle norme previste in materia prescrittiva, è tenuto all'osservanza delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al DM 329/99 - e successive modificazioni. Pertanto spetta al Medico specialista la compilazione della certificazione per il diritto all'esenzione per patologia. Anche al MMG/PDF è consentita la compilazione della certificazione per il diritto alla esenzione per le patologie definite in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale e successivamente concordate a livello interaziendale.

Le esenzioni per patologia con scadenza, ad eccezione del codice 048, possono essere rinnovate automaticamente, previa verifica da parte di ATS dell'effettuazione nell'ultimo biennio di prestazioni ambulatoriali/consumo farmaceutico correlati alla patologia medesima. L'ATS provvederà antecedentemente alla scadenza all'invio dell'attestato di rinnovo.

È responsabilità del cittadino informare il prescrittore della eventualità di una esenzione ed è responsabilità del prescrittore verificare tramite CRS o altra documentazione.

Se la ricetta è priva di codice di esenzione il cittadino è tenuto a compartecipare alla spesa e non è consentita l'autocertificazione.

Per alcune malattie e condizioni (es. esenzione con codice 048), le prestazioni esenti non sono identificate puntualmente in quanto le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. In questi casi, a garanzia di una migliore tutela del paziente e di una maggiore flessibilità assistenziale, il medico le individuerà di volta in volta, sempre secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, in relazione alle necessità cliniche del singolo caso.

Le prestazioni dovranno comunque essere sempre comprese nei LEA, appropriate per il monitoraggio della malattia e delle sue complicanze ed efficaci per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Ai medici specialisti spetta la redazione del Piano terapeutico che rappresenta una modalità con la quale il legislatore ha dato facoltà di poter valutare l'eleggibilità degli assistiti a determinati tipi di terapia.

La compilazione del Piano Terapeutico è di competenza esclusiva del medico specialista ovvero della struttura che ha in cura il paziente, a cui prescrive il farmaco soggetto al piano, nel rispetto delle indicazioni AIFA. Pertanto lo specialista provvede direttamente a prescrivere/organizzare gli accessi del paziente in cura, secondo le tempistiche inerenti il piano affinché il paziente non resti privo del farmaco. Il MMG non deve prescrivere richieste di visite specialistiche finalizzate alla compilazione del piano terapeutico

La durata del Piano Terapeutico è al massimo un anno e l'eventuale rinnovo sarà effettuato dalla struttura specialistica che segue il predetto paziente e che ha redatto il piano senza per questo generare la necessità di una prescrizione da parte del curante. Il medico specialista provvederà durante gli accessi di follow up ad indicare e prescrivere su ricettario eventuali esami prodromici per un eventuale rinnovo del piano terapeutico.

2.3 Il Ricovero

2.3.1 Richiesta di ricovero

Per tutti i ricoveri a carico del SSR occorre sempre la proposta – prescrizione di ricovero, redatta su ricettario unico ("Manuale della cartella clinica 2° edizione 2007", approvato dalla Regione Lombardia con DDG 6911/2008), da parte di:

- MMG/PDF;
- Medico Specialista dotato di ricettario;

- Medico di Continuità Assistenziale, di Guardia Turistica o dell'emergenza territoriale.

La proposta di ricovero ordinario potrà essere accompagnata dalla scheda d'accesso, compilata dal medico curante, nella quale siano annotati i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

2.3.2 Prestazioni correlate al pre e post ricovero

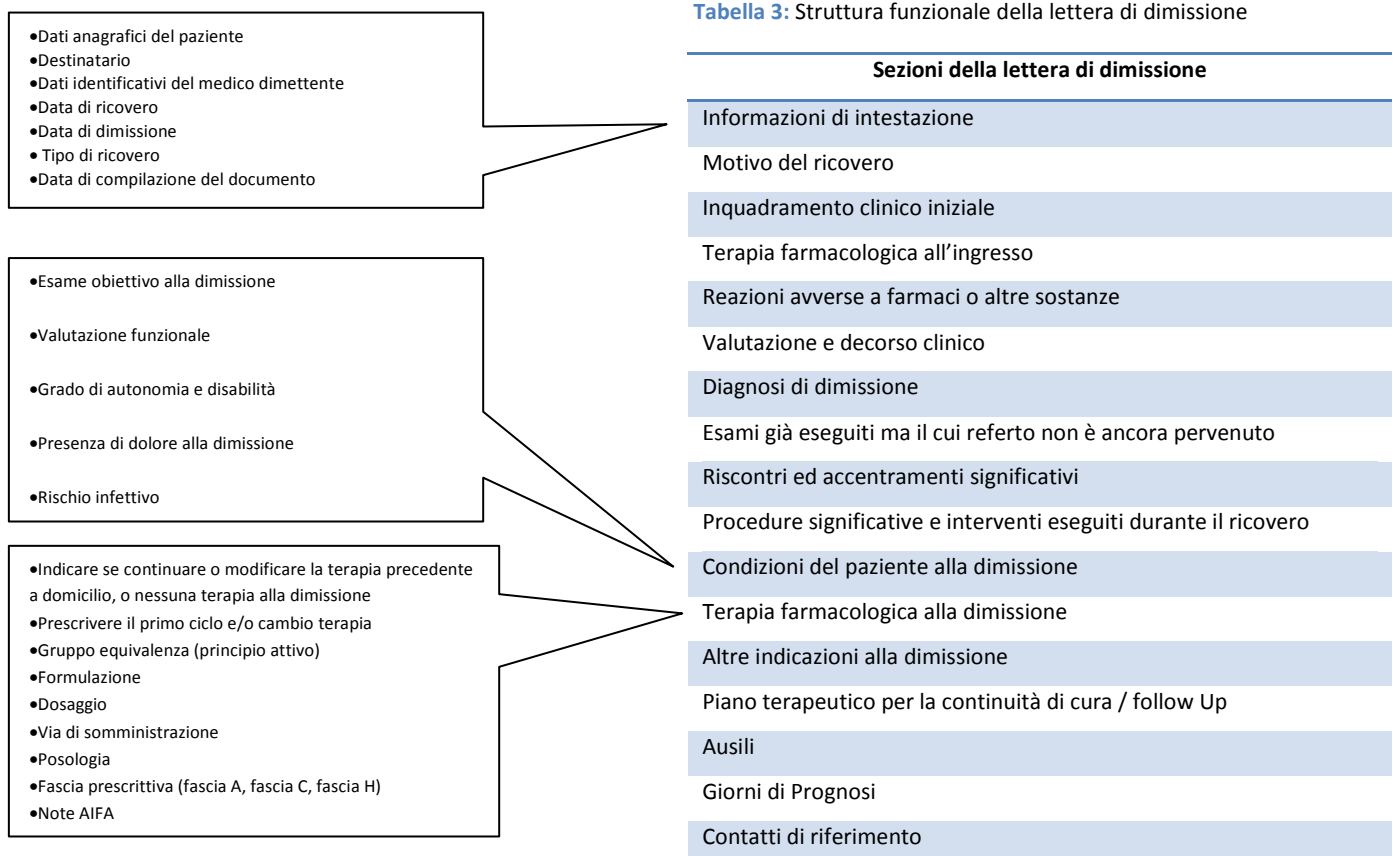
2.3.2.1 Prestazioni pre-ricovero

Le prestazioni prericovery consistono in tutte quelle procedure e indagini diagnostiche necessarie per valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico programmato, temporalmente distinte dal ricovero ed organizzate direttamente dal reparto ospedaliero che effettuerà l'intervento. Sono riconducibili al ricovero stesso (prericovery chirurgico) pertanto non richiedono emissione d'impegnativa da parte del medico curante ed il cittadino non deve corrispondere la quota di partecipazione alla spesa in quanto compresa nel DRG.

2.3.2.2 Lettera dimissioni ospedaliere

La lettera di dimissione ospedaliera, rilasciata dalle strutture di ricovero e cura, al termine del ricovero è stilata alla dimissione e contiene tutte le informazioni salienti riportate in modo sintetico relative al ricovero e al follow-up, al fine di garantire la continuità di cura del paziente dopo il ricovero. Pertanto, la lettera di dimissione rappresenta il documento fondamentale per facilitare la comunicazione tra gli operatori sanitari dopo la dimissione del paziente.

A titolo esemplificativo si riportano le sezioni della lettera di dimissione e il dettaglio dei contenuti di alcune sezioni:



2.3.2.3 Prestazioni post dimissione

Si intendono gli esami, le prestazioni e le visite, effettuate presso la medesima struttura, nel post ricovero, effettuate di norma, in un periodo temporale indicativamente fissato in 30 giorni successivi alla dimissione. Infatti si tratta di prestazioni erogabili non secondo uno stretto e rigido nesso temporale rispetto alla data di dimissione, bensì in funzione della definizione e/o risoluzione della patologia e delle situazioni cliniche del paziente, ovvero prestazioni strettamente correlate al completamento ed alla conclusione dell'iter diagnostico terapeutico della patologia per la quale è stato effettuato il ricovero medesimo.

Le prestazioni post-ricovero devono essere richieste dal Medico di reparto che ha in cura il paziente entro la data di dimissione. Essendo eseguite in funzione del ricovero, vanno richieste senza impegnativa dall'Unità Operativa che dimette e si fa carico delle prenotazioni e/o degli appuntamenti.

La prescrizione degli esami va effettuata prima o al momento della dimissione e deve risultare in cartella. L'onere di dette prestazioni è compreso in quello del ricovero, non è quindi mai dovuta l'emissione di prescrizione su ricettario SSN né da parte dello Specialista né da parte del Medico di Medicina Generale ed il cittadino non deve corrispondere l'eventuale quota di partecipazione alla spesa.

Il medico specialista all'atto della dimissione dovrà prescrivere i farmaci per il primo ciclo terapeutico, al fine di assicurare la continuità assistenziale ospedale/territorio. Non è consentita la sostituzione della terapia in atto a pazienti affetti da patologie croniche, fatta salva la necessità scaturente da comprovate esigenze cliniche e in tale caso il medico prescrittore redige, oltre alla prescrizione, apposita nota al curante.

3 Ambiti e livelli di cura: gli strumenti del governo clinico

3.1 PDTA e PAI

L'approccio tradizionale si basa sull'utilizzo di Linee Guida diagnostico-terapeutiche e dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) alla cui base vi sono evidenze scientifiche che forniscono standard di diagnosi o cura delle malattie (*evidence-based medicine*).

I **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)**, quali percorsi clinici di riferimento per diverse condizioni morbose e fasi di malattia e per diversi livelli assistenziali (PDTA territoriali, ospedalieri, ecc.), sono stati sviluppati con la finalità di ottimizzare la qualità dei servizi tenendo conto del contesto strutturale e organizzativo in cui il paziente si trova e delle risorse disponibili.

Sebbene tale approccio poggi su solide basi metodologiche il riferimento esclusivo ai **PDTA presenta numerose criticità**: la rigidità dei PDTA che non tengono conto delle caratteristiche individuali dei pazienti, confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure tipico del paziente cronico. Inoltre, i PDTA sono riferiti ad un solo problema di salute e non tengono conto del fatto che numerosi pazienti cronici presentano molteplici combinazioni di patologie concomitanti.

Il concetto di appropriatezza insito nei PDTA trova una sua più puntuale applicazione se si tengono in considerazione i bisogni individuali della persona nel suo insieme, il divenire continuo degli eventi (non solo) sanitari del singolo individuo. Questo consente pertanto di determinare scelte più appropriate e sostenibili sul singolo paziente nel tempo.

L'adozione di tale approccio, fondamentale per i pazienti cronici, si concretizza nella predisposizione di un **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** con la programmazione delle prestazioni necessarie alla gestione clinico-assistenziale del percorso.

Pertanto il PAI viene assunto come una forma evoluta e di adattamento del Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) in quanto rappresenta uno strumento clinico - organizzativo di "presa in carico" del paziente.

3.2 Governo della domanda

La DGR n.937 dell'1.12.2010 "Cronicità e CReG", ha fornito indirizzi per lo sviluppo di metodi innovativi di gestione dei percorsi di cura e assistenza dei malati cronici, prevedendo tra l'altro di implementare sperimentalmente il CReG (Chronic Related Group) quale innovativa modalità di presa in carico da parte di un soggetto gestore del percorso il quale - a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG) - garantisce i servizi necessari alla gestione clinico-organizzativa della malattia.

Sulla scorta dell'esperienza CReG, la DGR n. 6164 del 30.01.2017 "Governo della Domanda" ripropone il modello di classificazione delle persone affette da patologia cronica in diversi livelli (stratificazione) sulla base dei bisogni di salute. La successiva DGR 6551 del 04.05.2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009" declina nuovi ruoli e responsabilità di gestione clinico-organizzativa ridefinendo l'intera filiera erogativa dei servizi.

3.2.1 Titolarità e responsabilità del gestore nella presa in carico del paziente cronico

Il ruolo del gestore, **quale titolare della presa in carico**, è quello di garantire il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori, e si riassume nelle seguenti principali attività:

- sottoscrizione del patto di cura con il paziente

- definizione e attuazione del piano di assistenza individuale (PAI)
- presa in carico proattiva con il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete
- coordinamento e attivazione dei nodi della rete erogativa necessari per l'attuazione del PAI
- erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- implementazione di servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina, nell'ambito delle regole regionali
- monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato

Il MMG/PDF ha un ruolo fondamentale per la presa in carico dei propri assistiti sia come **Gestore** che come **Co-gestore** sviluppando una maggiore integrazione tra cure primarie e cure specialistiche.

Il MMG/PDF come soggetto gestore:

- Deve organizzarsi in forme associative dotate di personalità giuridica
- E' il gestore prioritario dei pazienti cronici del 3° livello
- E' sempre **responsabile del percorso di presa in carico** mentre l'aggregazione dei MMG/PDF è titolare della presa in carico
- Si avvale di una filiera erogativa di prestazioni attingendo da un elenco di idonei messo a disposizione dell'ATS (non devono sussistere conflitti di interesse)
- L'ATS una volta definita idonea l'aggregazione, pubblica l'elenco dei medici afferenti sul proprio sito istituzionale
- Ogni MMG/PDF appartenente all'aggregazione redige il PAI ed il Patto di Cura per i propri assistiti (per questa funzione è riconosciuta una quota non superiore a 10€)

Il MMG/PDF come soggetto co-gestore:

- Comunica all'ATS la propria disponibilità ad assumere tale ruolo e a collaborare con un Soggetto Gestore (ad esclusione di altri MMG/PDF in forma aggregata)
- Redige il PAI per i pazienti cronici di 3° livello e sottoscrive insieme al Gestore il Patto di Cura
- Redige il PAI per i pazienti di 1° e 2° livello, il Patto di Cura è sottoscritto dal MMG/PDF e dal Gestore insieme al paziente. Nel caso il cui il paziente sia in carico ad un servizio specialistico, il PAI è definito dal medico specialista che ha l'effettiva responsabilità della presa in carico (Piano Nazionale Cronicità). In questo caso il PAI viene trasmesso al MMG/PDF che deve formulare il proprio parere entro 15 giorni limitatamente alle prestazioni contenute nel set di riferimento.
- L'ATS pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco dei MMG/PDF che assumono il ruolo di co-gestore.

Il MMG/PDF che non partecipa alla presa in carico:

- Riceve dal Gestore i PAI dei propri assistiti ed esprime parere entro 15 giorni;
- Rimangono di sua competenza le prescrizioni per le prestazioni non correlate al set di riferimento

Il governo della domanda prevede quindi un cambiamento sotto il profilo gestionale ma nulla va a modificare a livello professionale. Le nuove modalità di presa in carico non apportano variazioni agli istituti convenzionali né ai principi che regolano il rapporto fiduciario MMG/PDF-assistito, pertanto il MMG/PDF che non partecipa al percorso di presa in carico della cronicità, continuerà ad assicurare al paziente cronico risposta a tutte le necessità assistenziali diverse da quelle legate alla cronicità.

4 Monitoraggio del documento

4.1 Gli strumenti di monitoraggio

Al fine di rendere operativo quanto descritto nel presente documento, sarà cura del Tavolo predisporre apposito modulo di segnalazione in cui riportare le non conformità/inosservanze riscontrate durante l'esercizio della propria attività.

Le segnalazioni dovranno essere inviate alla scrivente ATS email: segnalazioni@ats-brianza.it, che procederà alla categorizzazione delle segnalazioni e alla loro conseguente valutazione.

Periodicamente l'adesione al documento verrà verificata attraverso la misurazione dei seguenti indicatori:

- n. medici segnalanti/n. totale medici
- n. strutture segnalanti/n. totale strutture
- n. segnalazioni anno di riferimento < n. segnalazioni anno precedente (a regime)

4.2 Le azioni di monitoraggio

Il presente documento verrà diffuso, unitamente alla modulistica per le segnalazioni di non conformità come prevista nel paragrafo relativo agli "Gli strumenti di monitoraggio", ai Medici Specialisti delle strutture di ricovero e cura per tramite delle Direzioni Sanitarie, ai Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e ai Medici di Continuità Assistenziale.

La verifica sullo stato di applicazione del documento, che si sostanzia nelle segnalazioni e nella relativa categorizzazione, verrà affrontata periodicamente con cadenza quadrimestrale dal Tavolo di lavoro. Semestralmente l'ATS redigerà una relazione da indirizzare alle Direzioni Sanitarie e al Comitato Aziendale di Medicina Generale.

Un'ulteriore attività per il monitoraggio e la valutazione in itinere del documento è costituita dall'istituzione o mantenimento (ove già esistenti) di momenti di confronto stabili tra rappresentanti dei MMG/PDF, Specialisti e ATS in presenza di criticità significative.

È prevista la realizzazione di un evento informativo/formativo alla fine del primo anno di applicazione.

4.3 Azioni da sviluppare

Nell'ambito delle possibili azioni di miglioramento del sistema delle Relazioni sono allo studio due iniziative volte favorire un'appropriata individuazione dell'ambito assistenziale per specifici target di assistiti:

- Implementazione di un progetto che preveda la definizione di strumenti di raccordo tra MMG/PDF e Medici di Continuità Assistenziale riguardanti gli assistiti in condizioni di fragilità finalizzato alla riduzione degli accessi in PS.
- Nell'ambito del Progetto di "Accesso alle cure primarie per i Richiedenti protezione internazionale" predisposizione di una scheda anamnestica da parte dei MCA presenti in ambulatori dedicati negli HUB da trasmettere al MMG.

Riferimenti normativi

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421." e s.m.i.

Circolare regionale del 12 maggio 1997

DDG Sanità n. 6911 del 26.06.2008 "Approvazione del "Manuale della cartella clinica - 2° edizione - 2007"

DGR n. 8501 del 26.11.2008 - "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 - (di concerto con l'Assessore Boscagli)"

ACN Medicina Generale 29 luglio 2009

ACN Pediatria di Libera Scelta 29 luglio 2009

ACN 17 dicembre 2015 - Specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali

DGR n.937 del 01.12.2010 "Cronicità e CReG"

DGR n. 2057 del 28.07.2011 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 - III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario - (di concerto con l'Assessore Boscagli)"

DGR n. 2633 del 06.12.2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012 - (di concerto con l'Assessore Boscagli)"

DGR n. 1775 del 24.05.2011 "Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"

DRG n. 4716 del 23.01.2013 "Ulteriori determinazioni in merito alla DGR IX/4605 del 28.12.2012 «Prima attuazione della legge 135/2012, «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» art. 15 comma 13 lettera C) ed ulteriori indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatazza di cui al vigente patto per la salute»"

DGR n. 3993 del 04.08.2015 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"

Legge Regionale 11.08.2015, n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33"

DGR n. 4662 del 23.12.2015, "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"

DGR n. 6164 del 30.01.2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015"

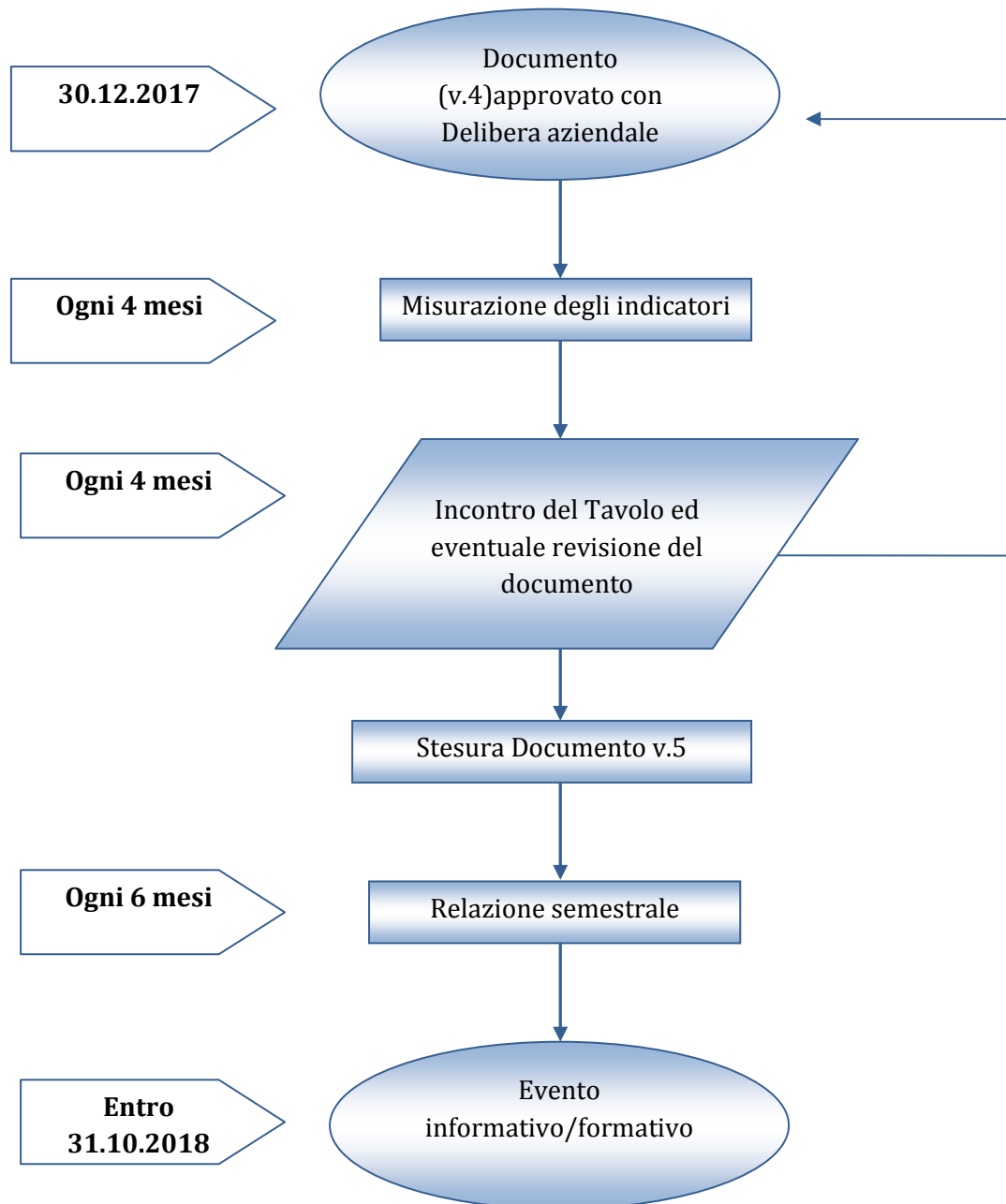
DGR n. 6551 del 04.05.2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009"

Nota DG Welfare del 06.10.2017 prot. G1.2017.0029886 "Indicazione del codice di esenzione nelle prescrizioni"

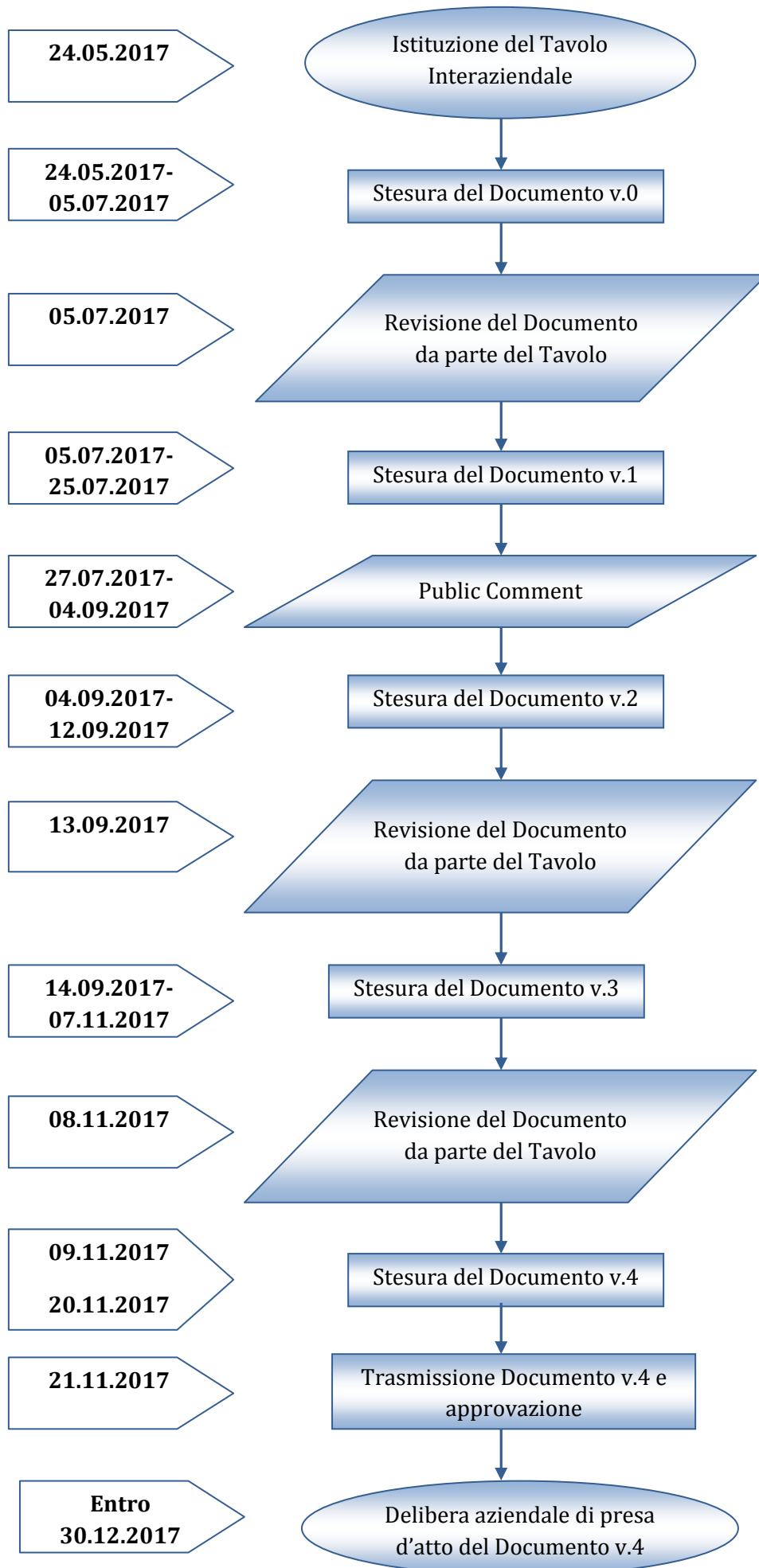
<https://www.siss.regione.lombardia.it>



Schema di Monitoraggio e Valutazione di applicazione del documento



Iter di approvazione documentale



ALLEGATO 1

Assistenza agli stranieri

Sommario

1	Cittadini dell'Unione Europea, di uno Stato dello Spazio Economico Europeo o della Svizzera.....	2
1.1	Cittadini assicurati da parte di istituzioni estere, con assistenza sanitaria a carico dello Stato di provenienza	2
1.2	Cittadini in possesso di TEAM.....	2
1.3	Cittadini in possesso di attestato di diritto.....	2
1.4	Cittadini iscritti al SSN con costi a carico del SSN italiano	3
1.5	Cittadini comunitari iscritti volontariamente al SSN.	3
2	Cittadino di uno Stato non appartenente alla Unione Europea (o assimilati Stati SEE e Svizzera).....	3
2.1	Assistenza a carico di Stati extra Unione Europea con i quali esistono accordi bilaterali.....	3
2.2	Temporaneo soggiorno di cittadini di Stati con i quali non vi sono Accordi in materia sanitaria.....	4
2.3	Cittadini con regolare permesso di soggiorno.....	4
3	Ingresso in Italia per cure mediche	5
4	Cittadino di età inferiore a 14 anni : straniero extra UE presente irregolarmente sul territorio nazionale oppure comunitario senza requisiti per l'iscrizione al SSN e senza altra copertura sanitaria da parte dello Stato di provenienza	5
5	Cittadini minori extracomunitari che entrano in Italia per brevi periodi a scopo di recupero psico-fisico.....	5
6	Cittadino di uno Stato extra Ue presente irregolarmente sul territorio nazionale.....	6

1 Cittadini dell'Unione Europea, di uno Stato dello Spazio Economico Europeo o della Svizzera

1.1 Cittadini assicurati da parte di istituzioni estere, con assistenza sanitaria a carico dello Stato di provenienza

I cittadini, assistiti da uno Stato dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (SEE - Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e dalla Svizzera, possono usufruire dell'assistenza sanitaria in Italia con costi a carico dello Stato di Provenienza se sono:

- in possesso di TEAM - Tessera Europea di Assicurazione Malattia rilasciata dalla Istituzione Sanitaria del Paese di provenienza
- in possesso di Attestato di diritto rilasciata dalla Istituzione Sanitaria del Paese di provenienza.

Sia la **TEAM** che gli **attestati di diritto** consentono di usufruire dell'assistenza alle stesse condizioni previste per gli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale Italiano, in forma diretta (il paziente non deve anticipare le spese, è tenuto solo al pagamento di eventuali compartecipazioni alla spesa – ticket).

In particolare, la TEAM consente di fruire con un accesso diretto (senza preliminare passaggio dalla ATS) di tutte le cure urgenti e medicalmente necessarie ancorché continuative durante un temporaneo soggiorno in Italia.

Gli altri attestati di diritto rilasciati dalle competenti istituzioni dello Stato estero consentono, in relazione alla diversa situazione protetta, una copertura sanitaria completa o limitata a determinate prestazioni.

Per i cittadini del Regno Unito permane la validità della TEAM fino all'uscita definitiva dalla UE, pertanto la validità della futura TEAM dipenderà dalla permanenza o meno del Regno Unito nella SEE.

1.2 Cittadini in possesso di TEAM

I cittadini, assistiti da uno Stato dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e dalla Svizzera, nel caso in cui, durante un temporaneo soggiorno in Italia, abbiano necessità di prestazioni sanitarie urgenti o medicalmente necessarie, hanno diritto, esibendo la TEAM (o certificato sostitutivo provvisorio), di ottenere le prestazioni in forma diretta presso le strutture pubbliche o private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale. Per le prestazioni erogate da MMG e PDF gli stessi compileranno, ai fini della remunerazione, apposito modello fornito dal Dip. Cure primarie.

I MMG e i PDF convenzionati con il SSN dietro presentazione della TEAM o del certificato sostitutivo provvisorio, effettuano la visita in forma diretta e possono prescrivere prestazioni di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica o di ricovero urgenti o medicalmente necessarie ancorché continuative durante il temporaneo soggiorno.

Non può essere utilizzata la ricetta dematerializzata.

1.3 Cittadini in possesso di attestato di diritto

I cittadini, assistiti da uno Stato dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e dalla Svizzera in possesso di un attestato di diritto che non sia la TEAM, per usufruire dell'assistenza sanitaria, devono preventivamente presentare tale attestato alla ATS (ASST ove delegata) territorialmente competente.

La ATS (ASST ove delegata) rilascia un documento con le informazioni necessarie per la compilazione della ricetta, da presentare al MMG/PDF.

Il MMG/PDF che prescrive per un assistito assicurato da istituzioni estere, quindi in possesso di TEAM rilasciata di un altro Stato membro o di SEE/Svizzera o di formulario autorizzativo (formulari serie E oppure S1, S2) dovrà avere cura di compilare sia la parte anteriore che il retro della ricetta apponendo tutti i dati che identificano l'assistito e l'istituzione estera di affiliazione.

Nella casella "tipo ricetta" sulla parte anteriore della ricetta occorre indicare "UE".

Su retro della ricetta occorre indicare i dati relativi alla istituzione estera desumibili dalla TEAM oppure dal documento di cui l'assistito è in possesso e rilasciatogli dalla ATS (ASST ove delegata).

I dati da indicare sono: codice della istituzione, numero di identificazione personale, se con TEAM numero tessera e data di scadenza, codice dello Stato, dati anagrafici dell'assistito. Il retro della ricetta deve essere firmato dall'assistito assistito dalla istituzione estera.

Non può essere utilizzata la ricetta dematerializzata.

In relazione alle diverse situazioni, i cittadini in possesso di formulari rilasciati da istituzione estere, quindi dalle stesse assicurate, potranno o meno essere iscritti al SSN.

Per l'erogatore di prestazioni sanitarie è importante porre attenzione a che l'onere della prestazione sia registratore con il corretto codice che identifica il costo come a carico di istituzioni estere.

1.4 Cittadini iscritti al SSN con costi a carico del SSN italiano

I cittadini dell'Unione Europea, dei Paesi SEE e della Svizzera possono essere iscritti al SSN e assicurati con costi a carico del SSN italiano solo se in possesso dei requisiti previsti dalla norme e disposizione in vigore.

Se in possesso dei necessari requisiti sono iscritti, per il solo periodo previsto in relazione ai requisiti posseduti, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

1.5 Cittadini comunitari iscritti volontariamente al SSN.

I cittadini comunitari che non sono in possesso dei requisiti previsti per l'iscrizione obbligatoria (con costi a carico del SSN italiano) possono effettuare l'iscrizione volontaria al SSN (a pagamento) solo se in possesso di residenza anagrafica con la sola eccezione, per il requisito della residenza, degli studenti.

2 Cittadino di uno Stato non appartenente alla Unione Europea (o assimilati Stati SEE e Svizzera)

I cittadini stranieri di Stati extra Unione Europea/SEE/Svizzera regolarmente presenti in Italia possono accedere alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con modalità diverse a seconda del motivo del soggiorno.

2.1 Assistenza a carico di Stati extra Unione Europea con i quali esistono accordi bilaterali

L'Italia ha sottoscritto Accordi bilaterali per la sicurezza sociale con: Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Macedonia, Serbia, Montenegro, Bosnia-Erzegovina (ex Jugoslavia) , Principato di Monaco, San Marino, Tunisia.

Per i cittadini degli Stati extra Unione Europea/SEE/Svizzera con i quali esistono accordi bilaterali l'assistenza sanitaria, con costi a carico dello Stato estero di provenienza, è erogata secondo quanto previsto dagli specifici accordi, con una copertura sanitaria differenziata in relazione alla situazione protetta, del periodo e motivo del soggiorno.

Il cittadino assistito di questi Stati dovrà presentare alla ATS (ASST ove delegata) l'attestato di diritto posseduto, rilasciatogli dalla istituzione competente del proprio Stato. Al cittadino verrà rilasciato un modulo contenente informazioni utili alla compilazione della ricetta.

Per chi non rientra nelle categorie e nelle situazioni previste dagli Accordi Bilaterali è consigliabile stipulare un'apposita polizza sanitaria prima della partenza.

L'assistenza ha validità fino alla data di scadenza segnalata sull'attestato di diritto.

2.2 Temporaneo soggiorno di cittadini di Stati con i quali non vi sono Accordi in materia sanitaria

I cittadini stranieri di Stati con i quali non esistono Accordi in materia sanitaria temporaneamente presenti in Italia per un periodo non superiore a 90 giorni (es. turisti), possono fruire delle prestazioni sanitarie urgenti e di elezione dietro pagamento delle relative tariffe regionali.

2.3 Cittadini con regolare permesso di soggiorno

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno, per beneficiare delle prestazioni sanitarie con costi a carico del SSN italiano possono iscriversi al SSN, se in possesso di titolo di soggiorno utile alla iscrizione, rivolgendosi alla ATS (ASST ove delegata) del Comune di residenza anagrafica, o se non ancora residenti, di domicilio effettivo. La tessera sanitaria è il documento che prova l'iscrizione. Questo documento è individuale e serve per accedere all'assistenza.

L'iscrizione al SSN consente la scelta del medico di medicina generale iscritto nei registri ATS. L'assistenza sanitaria è estesa ai familiari a carico regolarmente soggiornanti in Italia.

Ove non sia possibile l'iscrizione obbligatoria gratuita al SSN, perché il titolo di soggiorno posseduto non lo permette (permesso per personale collocato alla pari, per personale religioso, per motivi di studio etc..), è possibile effettuare una iscrizione volontaria, a pagamento, che dura sino alla fine dell'anno in corso.

I cittadini iscritti volontariamente al SSN possono fruire di assistenza alle stesse condizioni previste per il cittadino italiano sino alla conclusione della iscrizione.

Vi sono, però, categorie per le quali non è ammessa neppure l'iscrizione volontaria (titolari di permesso di soggiorno per cure mediche o cittadini che entrano nel territorio nazionale per motivi di turismo etc..). Per questi cittadini le cure sono da erogarsi in regime di solvenza.

3 Ingresso in Italia per cure mediche

I cittadini stranieri che intendono giungere in Italia per ricevere cure mediche non possono essere iscritti al SSN, né obbligatoriamente né volontariamente; essi possono attivare tre diverse procedure di ingresso:

- richiesta di visto di ingresso per cure mediche; successivamente dovrà essere richiesto il permesso di soggiorno per cure mediche;
- trasferimento per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari, ai sensi dell'art. 12 - comma 2 - lettera c) del Decreto legislativo 30/12/92 n. 502, così come modificato dal Decreto legislativo 7/12/93 n. 517.
- trasferimento in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni, ai sensi dell'art. 32 - comma 15 - della legge 27.12 1997, n. 449.

I cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per cure mediche, con la sola esclusione del permesso per cure mediche/gravidanza per le quali è possibile l'iscrizione al SSN con la scelta del medico, sono cittadini che possono fruire di assistenza sanitaria solo in regime di solvenza, a pagamento.

Cittadini stranieri in Italia con visto per turismo o, se provenienti da Paesi per i quali non è richiesto il visto, con timbro uniforme Schengen apposto sul documento di viaggio per soggiorni non superiori a 90 giorni, che non richiedono il permesso di soggiorno a motivo della brevità della permanenza in Italia, possono fruire di assistenza sanitaria solo in regime di solvenza, a pagamento.

4 Cittadino di età inferiore a 14 anni : straniero extra UE presente irregolarmente sul territorio nazionale oppure comunitario senza requisiti per l'iscrizione al SSN e senza altra copertura sanitaria da parte dello Stato di provenienza

I cittadini stranieri extra UE di età inferiore a 14 anni presenti sul territorio italiano non in regola con le norme sull'ingresso ed il soggiorno o, comunque, comunitari non in possesso dei requisiti di norma previsti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e privi di copertura sanitaria da parte dello Stato di provenienza sono iscritti al SSN senza contestuale assegnazione del pediatra di famiglia/medico di famiglia. Possono quindi avere assistenza sanitaria come un minore italiano.

Essi potranno rivolgersi ad uno dei pediatri/medici di famiglia del territorio per l'effettuazione visite comunque gratuite. Le prestazioni devono essere rendicontate nei riepiloghi specificando "Visite a minori iscritti SSN senza scelta del MMG/PDF"; non è previsto per tali cittadini il rilascio del codice STP.

5 Cittadini minori extracomunitari che entrano in Italia per brevi periodi a scopo di recupero psico-fisico.

I cittadini minori extracomunitari che entrano in Italia per brevi periodi a scopo di recupero psico-fisico sono iscritti al SSR senza scelta del medico/pediatra di famiglia e possono fruire delle sole cure ospedaliere urgenti con costi a carico del SSR (cittadini di Bielorussia e Ucraina oppure di Paesi extra UE quando l'ingresso avviene attraverso Enti/Associazioni che abbiano ricevuto il nulla osta dal Comitato per i Minori Stranieri del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

6 Cittadino di uno Stato extra Ue presente irregolarmente sul territorio nazionale

Le prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale devono essere pagate dagli interessati sulla base delle tariffe determinate dalla regione.

Al cittadino straniero presente sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (senza permesso di soggiorno oppure senza visto o timbro di ingresso per i soggiorni brevi) sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio (prestazioni diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita –complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti) e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (vaccinazioni secondo la normativa, interventi di profilassi internazionale e profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive).

Queste prestazioni sono erogate gratuitamente quando la persona è priva di risorse economiche sufficienti, fatta salva al quota di compartecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni rese ad un straniero irregolarmente presente ed indigente sono effettuate utilizzando un codice regionale a sigla STP - (Straniero Temporaneamente Presente - STP).

La struttura (pubblica o accreditata) che eroga la prestazione sanitaria ad uno straniero che non è in grado di pagarla dovrà, per ogni prestazione erogata, fargli sottoscrivere una dichiarazione di indigenza. Ad ogni singola prescrizione deve sempre essere allegata la dichiarazione di indigenza sottoscritta dal cittadino straniero interessato.

Gli stranieri che hanno fatto ingresso per turismo/breve soggiorno sino a 90 giorni NON sono stranieri irregolari e quindi NON possono fruire di prestazioni sanitarie in regime di codice STP. Per tali cittadini le prestazioni sanitarie sono tutte a pagamento.