

Vademecum per i nuovi ricettari

Guida alla compilazione dei nuovi ricettari per i medici di famiglia, le aziende sanitarie, le strutture convenzionate e alle nuove regole per la trasmissione telematica delle prescrizioni a carico del Ssn

Sono passati pochi anni dal suo esordio, ma la ricetta "rosa" a lettura ottica è parsa bisognosa di qualche altro ritocco, una sorta di discreto lifting amministrativo con qualche risvolto burocratico in più per i medici prescrittori.

Rispetto alla versione del 2005 è cambiata soprattutto la parte superiore della ricetta, quella destinata ad accogliere la stampa del codice fiscale, tramite il sistema delle barre che diviene obbligatorio.

Vediamo in dettaglio alcune delle principali novità introdotte dal nuovo "Disciplinare tecnico della ricetta del Servizio sanitario nazionale" (Decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008, comprendente 68 pagine di puntigliose istruzioni più 12 allegati) che recepisce le indicazioni emerse nella fase di sperimentazione avvenuta nella Regione Abruzzo.

■ Avvertenze

La compilazione delle zone destinate alla lettura ottica richiede l'osservanza di numerose istruzioni e avvertenze, mentre per tutti i casi in cui è ammesso l'uso di timbri, devono essere impiegati inchiostri neri non oleosi.

La trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici nelle caselle a ciò destinate deve essere effettuata con le precise modalità:

- scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando grafie di difficile lettura ottica;
- riportare un solo carattere in ciascuna casella e senza legare i caratteri tra loro;

- occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella;

- usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera a inchiostro nero;

- evitare cancellature o correzioni dei caratteri, l'uso di puntini, linee, virgole o barrature tra i caratteri;

- non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione degli elementi indicanti le "note", emesse dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) o dalle disposizioni regionali.

Per poter osservare tutte le istruzioni il disciplinare tecnico consiglia l'impiego di procedure informatizzate con stampanti laser o a getto d'inchiostro.

Inoltre i medici dotati di personal computer devono stampare il codice fiscale dell'assistito anche in formato a barre nello spazio appositamente riservato oppure, in alternativa, utilizzando apposite etichette autoadesive che riportino il codice fiscale dell'assistito.

■ Indicazione della Asl

La compilazione del campo deve essere sempre effettuata, anche quando la Asl di competenza dell'assistito - desumibile dal documento di iscrizione al Ssn - coincide con quella del medico che rilascia la ricetta.

Tale area non deve essere compilata nel caso di:

- assistiti STP (stranieri temporaneamente presenti in Italia);
- personale navigante iscritto al SASN (servizi assistenza sanitaria naviganti);
- assicurati da istituzioni estere.

■ Tipologia di prescrizione

Il disciplinare ribadisce che la casella *suggerito* riguarda le prescrizioni derivate da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero. Qualora ricorrano tali circostanze il prescrittore procede alla biffatura della casella contrassegnata dalla lettera "S". Restano invariate le istruzioni per la compilazione della casella H (proposta di ricovero) e A (altre disposizioni a livello regionale).

■ Priorità della prescrizione

Tale area della ricetta contiene l'indicazione della priorità di richiesta della prestazione da parte del prescrittore ed è caratterizzata da quattro caselle di biffatura.

Il disciplinare stabilisce poi in modo specifico il significato dei simboli presenti anche nella precedente versione della ricetta a lettura ottica, vale a dire:

- casella U per urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;

- casella B per breve, da eseguire entro 10 giorni;

- casella D per differita, da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;

- casella P per programmata, da eseguire senza priorità.

Tuttavia l'avvio, nelle singole Regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le Regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia, anche nell'ambito della contrattazione decentrata.

■ Tipologia di ricette

Il campo relativo alla tipologia delle ricette permette l'unificazione dei vari tipi di ricetta, vale a dire le prescrizioni rivolte a:

■ assistiti Ssn residenti: il campo non va compilato, ma può essere adattato a scopi specifici a livello regionale;

■ assistiti SASN italiani e non, dipendenti da datore di lavoro italiano, del settore marittimo o dell'aviazione civile: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, dei codici NA per visita ambulatoriale, ND per visita domiciliare;

■ assistiti presso la rete dei SASN, in quanto lavoratori (stranieri o italiani), dipendenti da datore di lavoro non italiano del settore marittimo o dell'aviazione civile;

■ assistiti STP: il prescrittore procede all'inserimento nel campo del relativo codice;

■ soggetti assicurati da istituzioni estere: il prescrittore deve inserire nel campo il codice UE per istituzioni estere o EE in caso di istituzioni extraeuropee.

Matrice ricette Ssn

È facoltà del medico inserire i dati anagrafici, il codice fiscale e l'indirizzo dell'assistito nonché la diagnosi riferita alla ricetta rilasciata. La conservazione e la eventuale restituzione della matrice sono rego-

late secondo le disposizioni in uso presso ciascuna Regione.

Matrice ricette SASN

È obbligatorio inserire da parte del prescrittore, oltre ai dati anagrafici già inseriti nella ricetta, anche le informazioni relative alla condizione di imbarco dell'assistito, quali nome e cognome, numero tessera assistenza SASN, società di navigazione, diagnosi, data della prescrizione e indicazione di esente ticket.

Codici e tipologie di esenzione

Il medico deve riportare nelle caselle della ricetta il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia correlata allo stato di salute, secondo quanto indicato in un'apposita tabella comprendente ben 40 tipologie di esenzioni.

Il codice è costituito da un carattere alfabetico e il subcodice è costituito da un carattere numerico a due cifre, salvo due tipologie di esenzioni:

■ per patologie croniche: il codice è costituito dallo 0 (zero) e il sub-codice è costituito da 4 caratteri. Per esempio per le "affezioni del sistema circolatorio" e per la "malattia ipertensiva" il codice si compone di

4 caratteri: 0A02 per le "malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "ipertensione arteriosa"; 0031 per "ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo";

■ per patologie rare: il sub-codice è costituito da 5 caratteri. L'erogatore della prestazione dovrà barrare la casella contrassegnata dalla lettera R e riportare nelle caselle predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice delle esenzioni correlate alla situazione reddituale del nucleo familiare, quando l'assistito abbia autocertificato il diritto a tale esenzione apponendo la propria firma nell'apposito spazio.

Criticità

Certamente quest'ultima novità avrà un considerevole impatto sul carico burocratico del Mmg come pure, sul versante più strettamente assistenziale e organizzativo, l'introduzione delle priorità della prescrizione, la cui applicazione pratica viene tuttavia demandata ad accordi in sede regionale.