

DECRETO 12 agosto 2010.

**Regolamento di gestione delle prescrizioni.**

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e s.m.i. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Vista la legge regionale n. 30/93 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità sanitarie locali";

Vista la legge regionale n. 5/09 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto l'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

Visto l'art. 50 del decreto 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326;

Visto il decreto ministeriale 18 maggio 2004 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, attuativo del comma 2 del citato art. 50, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 25 ottobre 2004, n. 251;

Visto il decreto ministeriale 17 marzo 2008: Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto 17 novembre 2009 "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali";

Visto l'art. 97 della legge regionale n. 11 del 12 maggio 2010 "Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2010";

Ritenuto di dovere procedere ad una regolamentazione specifica in materia di prescrizioni specialistiche al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e permettere, secondo il principio di equità, un accesso alle prestazioni sanitarie basato sul bisogno e non sulla cronologia di prenotazione;

Decreta:

Art. 1

Per i motivi di cui in premessa, di approvare il "Regolamento di gestione delle prescrizioni" allegato e parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Sono tenuti all'applicazione del suddetto regolamento tutti i soggetti autorizzati ad effettuare prescrizioni sanitarie.

Art. 3

I soggetti pubblici e/o privati accreditati, erogatori di prestazioni specialistiche, devono attivare le agende di prenotazione differenziate secondo i criteri stabiliti nel presente regolamento.

Art. 4

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 12 agosto 2010.

RUSSO

**Allegato A**

**REGOLAMENTO DI GESTIONE DELLE PRESCRIZIONI**

1. I soggetti prescrittori preposti all'uso del ricettario unico regionale sono i seguenti:

- MMG e PLS;
- medici specialisti ambulatoriali interni;
- medici di continuità assistenziale;
- medici ospedalieri;
- medici degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei Policlinici universitari.

2. Dall'1 ottobre 2010, su ogni prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale effettuata su ricettario unico regionale deve essere riportata:

- a. la formulazione della diagnosi o del quesito diagnostico;
- b. la specifica indicazione relativa al livello di priorità clinica, limitatamente, in atto, alle prestazioni critiche riportate in appendice;
- c. l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista.

In base all'art. 97 della legge regionale n. 11 del 12 maggio 2010 e a partire dall'1 ottobre 2010, non potrà essere considerata valida e

quindi accettata dalle strutture pubbliche e private accreditate una ricetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali priva delle indicazioni previste dall'art. 2: tali condizioni costituiscono infatti presupposto per l'ammissibilità al relativo rimborso.

Nello stabilire il livello di priorità i medici prescrittori devono riferirsi agli elementi individuati nell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e ribaditi nel decreto 17 novembre 2009:

- 1) severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico);
- 2) prognosi (quoad vitam o quoad valitudinem);
- 3) tendenza al peggioramento a breve;
- 4) presenza di dolore e/o di deficit funzionale;
- 5) implicazioni sulla qualità di vita;
- 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;

7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Da questi elementi scaturiranno le attribuzioni della priorità da parte del Medico prescrittore, che comporteranno inoltre da parte delle strutture erogatrici l'attivazione di agende di prenotazione differenziate:

- prestazione di emergenza-urgenza = va sempre indirizzata in pronto soccorso;
- prestazione di tipo U (urgente) = entro 24-48 ore;
- prestazione di tipo B (breve) = entro 10 giorni;

- prestazione di tipo D (differibile) = entro 30 giorni;
- prestazione di tipo P (programmata) = prestazione programmata.

3. Il medico che effettua una prescrizione, nel caso in cui non utilizzi il ricettario unico regionale, a partire dall'1 ottobre 2010, deve apporre su ogni prescrizione effettuata:

- a. la firma;
  - b. il proprio timbro indicante nome e cognome, sigla della provincia sede dell'ordine professionale e n. di iscrizione all'Ordine (es: Mario Rossi - RG 10773).
  - c. la data della prescrizione;
  - d. se operanti in una struttura, la denominazione della stessa.
4. Nel caso in cui un soggetto prescrittore utilizzi il ricettario unico regionale e segnali la prescrizione come "suggerita", dovrà trascrivere nel "campo a disposizione delle regioni" (all. 2 ter al disciplinare tecnico del decreto ministeriale 17 marzo 2008) della ricetta, il n. di iscrizione all'Ordine, preceduto dalla sigla Provincia sede dell'Ordine professionale, del soggetto che ha stilato la prescrizione "inducente".

5. Le aziende sanitarie provinciali sono tenute ad effettuare il monitoraggio e controllo delle prescrizioni specialistiche effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e l'adesione alla normativa, a partire da 180 giorni dalla pubblicazione del presente decreto.

## Appendice

### PRESTAZIONI CRITICHE (di cui al decreto 17 novembre 2009)

Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore
<i>Radiologia</i>		
Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1-87.37.2
<i>TC con o senza contrasto</i>		
Torace	87.41	87.41 - 87.41.1
Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1
Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3
Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5
Capo	87.03	87.03 - 87.03.1
Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 - 88.38.1
Bacino	88.38	88.38.5
<i>Risonanza Magnetica</i>		
Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2
Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5
<i>Ecografia</i>		
Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
Mammella	88.73	88.73.2
Cardiaca (ecocolordoppler-cardiaco)	88.72	88.72.3
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2
Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.79	88.78 - 88.78.2
<i>Esami Specialistici</i>		
Colonscopia (no screening)	45.23	45.23
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16
Elettrocardiogramma	89.52	89.52
Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50
Audiometria	95.41	95.41.1
Spirometria	89.37	89.37.1 - 89.37.2
Fondo oculare	95.1	95.09.1

---

---

Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore
<i>Visite Specialistiche</i>		
Visita oncologica		89.7
Visita cardiologica	89.7	89.7
Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7
Visita neurologica	89.7	89.13
Visita ginecologica	V72.3	89.26
Visita dermatologica	89.7	89.7
Visita oculistica	95.0	95.02
Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7
Visita ortopedica	89.7	89.7
Visita urologica	89.7	89.7

---

---

**(2010.32.2359)102**